

UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 1974 - 1975

N° 423

THESE

pour le DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1975

PAR

BALAN épouse TENENBAUM Nicole

Approche de la structure psychopathologique
de la déficience mentale
par l'étude du dessin

Membres du Jury :

MM. A. DALOUS
P. ROCHICCIOLI
P. MORON
L. MILLET
R. PUYUELO

Président

Assesseurs

Suppléant

UNIVERSITÉ PAUL ÉLIEZAR TROUCHE

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANÉE 1975-1976

N° 427

THÈSE

POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ÉCRIT PAR TENEKBAÏN NICOLAS

Approche de la structure psychopathologique

Digitized by the Internet Archive
in 2026

par l'étude du dessin

M. R. BALOUÉ

Président

M. R. BALOUÉ

M. R. BALOUÉ

M. R. BALOUÉ

M. R. BALOUÉ

Assesseur

Assesseur

Assesseur

UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 1974 - 1975

N° 423

THESE

pour le DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juillet 1975

PAR

BALAN épouse TENENBAUM Nicole

Approche de la structure psychopathologique de la déficience mentale par l'étude du dessin

Membres du Jury :

MM. A. DALOUS
P. ROCHICCIOLI
P. MORON
L. MILLET
R. PUYUELO

Président

Assesseurs

Suppléant

THÈSE

pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par M. le Docteur en Médecine

et

BALAN épouse TENGHANG NICKO

Appréhension de la structure psychopathologique
de la déficience mentale
par l'étude du dessin



Président
Jury
Rapporteur

M. A. BLOOS
P. BLOOS
P. BLOOS
J. BLOOS
R. BLOOS

Membre du Jury :

UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université
1er Vice-Président
2ème Vice-Président
3ème Vice-Président Etudiant

M. LARENG
M. MATHIS
M. MARTIN
Mlle RIVEMALE

TABLEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNIVERSITE PAUL SABATIER

HONORARIAT

Doyen honoraire
Doyen honoraire
Doyen honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALVET
M. BRUSTIER
M. LAZORTHES
M. VALLOIS
M. TAPIE
M. DELAS
M. RISER
M. BUGNARD
M. VINCENT
M. MOREL
M. BOUISSET

Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALMETTES
M. THOMAS
M. LAGROT
M. DESFORGES-MERIEL
M. FABRE P.
M. JAHIER
M. SENDRAIL
M. PONS
M. SOREL
M. PLANQUES
M. MARQUES

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARMENGAUD	Clinique des Maladies Infectieuses
M. AUVERGNAT	Biophysique Médicale A
M. BAISSSET	Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. BAZEX	Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
M. BASTIDE	Anatomie
M. BEC	Ophtalmologie
M. BESSOU	Physiologie
M. BOULARD	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale
M. BROUSSY J.	Embryologie Générale
M. DALOUS	Clinique Médicale Infantile A
M. DAMBRIN	Pathologie Chirurgicale
M. DARDENNE	Clinique Médicale et Cardiologique
M. DELAUDE	Clinique de Pneumo-phtisiologie
M. DENARD	Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
M. DUCOS	Immunologie
M. ESPAGNO J.	Neuro-Chirurgie
M. FABRE J.	Anatomie Pathologique
M. GADRAT	Clinique Médicale Sud
M. GAYRAL	Psychiatrie d'Adultes
M. GREZES-RUEFF	Médecine Légale et Médecine du Travail

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARLET	Rhumatologie
M. BIERME	Hématologie
M. BIMES	Histologie
M. BOUISSOU	Anatomie Pathologique
M. BRU	Biophysique Médicale B
M. CADENAT	Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale
M. CALAZEL	Cardiologie Clinique et Expérimentale
M. CLAUX	Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
M. DARNAUD	Thérapeutique
M. DEODATI	Clinique Ophtalmologique
M. DOUSTE-BLAZY	Biochimie Médicale
M. DUPRE	Dermato-Vénérologie
Mme ENJALBERT	Bactériologie et Virologie
M. ENJALBERT	Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire
M. FICAT	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie
M. GEDEON	Clinique Chirurgicale
M. GERAUD	Clinique Neurologique et Psychiatrie
M. GUILHEM	Histologie
M. JUSKIEWENSKI	Anatomie Appliquée
M. LAZORTHES G.	Clinique de Neuro-chirurgie

M. GRIMOUD Clinique Chirurgicale et du Cancer
M. LAPORTE J. Séméiologie et Clinique Médicale
M. LARENG Anesthésie et Réanimation
M. MONNIER Hygiène et Médecine Sociale
M. MONROZIES Accouchement et Obstétricie Sociale
M. PASQUIE Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie
M. PLANEL Biologie Médicale
M. RASCOL Neurologie
M. REGNIER Clinique Médicale Infantile B
M. RIBAUT Pathologie Médicale
M. RUFFIE R. Clinique Rhumatologique
M. VALDIGUIE P. Biochimie Médicale

M. LE TALLEC Médecine Interne
M. LHEZ Cliniques des Maladies des Voies Urinaires
M. MIGUERES Pneumo-Phtisiologie
M. MONTASTRUC Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. PONTONNIER A. Clinique Obstétricale
M. POULHES Clinique Chirurgicale A et Gynécologie
M. ROULLEAU Electro-radiologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. ALBAREDE (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie
M. ARBUS (M.C.A.) Médecine Légale et Toxicologie
M. BARTHE (M.C.A.) Pédiatrie
M. BESOMBES (M.C.A.) Physiologie
M. BOLLINELLI (P.S.C.) Pneumo-Phtisiologie
M. CATHALA (M.C.A.) Anesthésiologie
M. COLOMBIES (M.C.A.) Hématologie
M. COMBELLES (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse
M. COMBES (P.S.C.) Radiologie
M. CONTE (M.C.A.) Néphrologie
M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. ESCHAPASSE (P.S.C.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ESTRADE (P.S.C.) Cancérologie
M. FABRE Jean (P.S.C.) Anatomie Pathologique
M. FEDOU (P.S.C.) Médecine Interne
M. FOURNIE A. (M.C.A.) Rhumatologie
M. GAILLARD (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. GALINIER (M.C.A.) Médecine Interne
M. GHISOLFI (M.C.A.) Pédiatrie
M. GUIRAUD R. (P.S.C.) Biophysique
M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) Neurologie
M. LACOMME (M.C.A.) O.R.L.
Mme LARENG (P.S.C.) Bactériologie - Virologie
M. LARROUY (P.S.C.) Parasitologie
M. LAZORTHES F. (M.C.A.) Chirurgie Générale
M. MANELFE (M.C.A.) Radiologie
M. PAGES (P.S.C.) Physiologie
M. PASCAL (M.C.A.) Hépato-gastro Entérologie
M. PONTONNIER F. (MCA) Urologie
M. PRIS (M.C.A.) Hématologie, Maladies du Sang (option clinique)
M. PUTOIS (M.C.A.) Radiologie
M. SALVADOR (M.C.A.) Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie
M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) Histologie, Embryologie, Cytogénétique
M. UTHEZA (P.S.C.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique

PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. BAYARD (M.C.A.) Endocrinologie
M. BECUE (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse
M. BERNADET (M.C.A.) Cardiologie
M. BES (P.S.C.) Neurologie
M. BOUNHOURE (M.C.A.) Cardiologie
M. CARTON (M.C.A.) Cancérologie
Mme DIDIER (M.C.A.) Bactériologie, Virologie
M. DUFFAUT (M.C.A.) Médecine Interne
M. ESCAT (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. FABIE (M.C.A.) Stomatologie
M. FREXINOS (M.C.A.) Hépatologie, Gastro-entérologie
M. GAUBERT (P.S.C.) Chirurgie Infantile
M. GAY (M.C.A.) Orthopédie - Traumatologie et Chirurgie Plastique
M. GERAL (P.S.C.) Physiologie
M. GOUZI (M.C.A.) Chirurgie Générale
M. JOVER (M.C.A.) Pneumo-Phtisiologie
M. LAZORTHES Y. (MCA) Neuro-chirurgie
M. MORON (M.C.A.) Psychiatrie Infantile
M. OHAYON (M.C.A.) Immunologie (option bioclinique)
M. PONTONNIER G. (MCA) Gynécologie, Obstétrique
M. PUEL (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. PUJOL (M.C.A.) Médecine du Travail
M. REGIS (M.C.A.) Biophysique
M. RIBET (P.S.C.) Hépato-gastro Entérologie
M. ROCCHICCIOLI (M.C.A.) Pédiatrie
M. RUMEAU (M.C.A.) Anatomie Pathologique
M. SARRAZIN (P.S.C.) Chirurgie Générale
M. SEGUELA (M.C.A.) Parasitologie
M. SUC (P.S.C.) Néphrologie
M. THOUVENOT (M.C.A.) Biochimie
M. VALDIGUIER (P.S.C.) Biochimie
M. VIRENQUE (M.C.A.) Anesthésiologie

AGREGES LIBRES

M. GLEIZES Pathologie Expérimentale
M. SOUQUET Chirurgie Générale

AGREGES LIBRES

M. ESPAGNO G. Obstétrique

Secrétaire Général de l'Université :

M. PRINEAU

Liste arrêtée le 20 Mai 1975

JE DEDIE CETTE THESE,

A MICHEL,

A BENOÎT,

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE,

A MA MÈRE,

A MA SOEUR,

A MES BEAUX PARENTS,

A TOUTE MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DALOIS

Professeur de Clinique Médicale Infantile A,
Médecin des Hôpitaux,

*Vous nous avez fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Nous vous prions de trouver ici l'assu-
rance de notre respectueuse reconnaissan-
ce.*

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ROCHICCIOLI

M.C.A. Pédiatrie Génétique Médicale,
Médecin des Hôpitaux,

*Bien que votre discipline soit éloignée
de la notre, vous avez toujours montré
une grande ouverture d'esprit aux problè-
mes de la psychiatrie.*

*Vous avez bien voulu vous intéresser à ce
travail et accepter de le juger.*

*Veuillez agréer nos remerciements très res-
pectueux.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MORON

M.C.A. Psychiatrie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier des Palmes Académiques.

*Nous avons eu le privilège de profiter de
votre enseignement et de vos conseils tou-
jours bienveillants.*

*Nous sommes heureux de pouvoir vous expri-
mer notre reconnaissance et nous vous prions
de trouver ici l'hommage de notre respectu-
euse considération.*

MONSIEUR LE DOCTEUR L. MILLET

Neuropsychiatre,

Chargé de cours de psychiatrie.

Vous nous avez toujours accueilli avec une extrême obligeance et vous nous avez permis de bénéficier de votre précieux enseignement.

Vous voudrez bien trouver dans ce travail un modeste témoignage de notre reconnaissance respectueuse et de notre profonde admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. PUYFLO

Neuropsychiatre

Chargé de cours de psychiatrie.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de bien vouloir juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE PAINDOUIN
Médecin Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

Les deux années d'internat passées dans votre service nous ont permis d'apprécier toute l'étendue de votre expérience et la sûreté de votre jugement.

Qu'il nous soit permis ici de vous remercier et de vous exprimer notre profonde gratitude.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR M. BORD
Médecin Assistant des Hôpitaux Psychiatriques.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. PAGES

*Vous nous avez inspiré ce travail.
Nous vous remercions pour l'aide que
vous nous avez apportée dans sa réalisation et nous sommes heureux de pouvoir
vous dire ici toute notre amitié.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A NOS CAMARADES DU CERTIFICAT D'ÉTUDES SPÉCIALES
DE PSYCHIATRIE

A NOS CAMARADES D'INTERNAT DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

AU PERSONNEL DE L'A.P.A.J.H. LE BOSQUET.

P L A N

INTRODUCTION

IÈRE PARTIE : LES DIVERSES CONCEPTIONS DE LA DÉBILITÉ MENTALE

- 1) - EVOLUTION DES IDEES SUR LA DEBILITE MENTALE
- 2) - CONCEPTIONS ACTUELLES

IIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE

IIIÈME PARTIE : ANALYSE DE LA TECHNIQUE ET DES ARCHETYPES

A) - ANALYSE DE LA TECHNIQUE

- 1) Le trait
- 2) L'utilisation de la feuille
- 3) Le sens esthétique
- 4) La perspective
- 5) Les couleurs
- 6) L'abstraction
- 7) Le choix des thèmes.

B) - ANALYSE DES ARCHETYPES

- 1) La maison
- 2) Le bateau
- 3) L'arbre
- 4) Le personnage
- 5) Le soleil

IVÈME PARTIE : OBSERVATIONS

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

°

°

°

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, des groupes de travaux ont remis en question la structure univoque de la déficience mentale en se fondant sur des études psychologiques et psychodynamiques.

Nous avons eu la possibilité de rencontrer une population de 30 débiles mentaux, "profonds" adultes, et les dessins effectués par eux nous ont paru un moyen d'abord de leur structure psychopathologique.

Dans la première partie de ce travail, nous rappellerons les différentes conceptions de la débilité mentale dans une optique historique pour aboutir aux conceptions actuelles.

Dans la partie suivante nous exposerons la méthodologie en rappelant que nous n'avons pas fait une étude statistique et que ces déficients profonds placés en institution ont fait l'objet d'un rejet par leur milieu d'origine.

Dans une troisième partie nous envisagerons l'étude des caractères techniques du dessin, en tentant de déterminer s'il existe ou non des traits communs et quelle peut, alors, en être la signification.

Nous nous attacherons ensuite à analyser les différents archétypes qui sont le plus souvent représentés dans les dessins.

Pour chacun de ces dessins, nous essayerons d'exprimer leur signification potentielle, en nous référant le moins possible aux dessins effectués par une population normale, comme les dessins d'enfants.

Nous rapporterons ensuite dans une quatrième partie sept observations que nous avons choisies davantage en raison des caractères particuliers du dessin effectué qu'en fonction de la clinique.

o

o

o

IÈRE PARTIE : LES DIVERSES CONCEPTIONS SUR LA DIBILITE MENTALE

1) - EVOLUTION DES IDEES SUR LA DEBILITE MENTALE

La débilité mentale semble à l'ordre du jour. De nombreux travaux en cours mettent l'accent sur l'aspect déficitaire : caractère commun à des personnalités très diverses.

Paradoxalement cette étude actuelle des processus étiopathogéniques de la "débilité mentale" est accompagnée par une ségrégation de plus en plus importante de la part de la société.

Nous devons d'ailleurs signaler que cette attitude ségrégative ne vise pas exclusivement les "débiles mentaux", mais aussi toutes les catégories d'individus qui sont déficitaires au point de vue adaptabilité et de façon plus précise productivité.

Ainsi apparaissent différentes catégories d'institutions destinées aux personnes âgées, aux malades mentaux, aux handicapés somatiques chroniques.

L'aide matérielle relativement importante, apportée à ces catégories permet de scotomiser les carences affectives socio-familiales, et de déculpabiliser l'individu et la société.

° °

°

- Dans l'antiquité grecquo-latine nous n'avons pas retrouvé de textes précis relatifs aux débiles mentaux.

- Dans le nouveau testament nous retrouvons la parole qui semble les concerner : *"heureux les simples d'esprit car le royaume des cieux est à eux"*.

En effet, étant considéré comme n'ayant pas accès à la connaissance, le débile échappe aux lois des hommes et de Dieu, particulièrement au péché originel, c'est-à-dire à la faute sexuelle.

Dans une intention de charité agissante au travers de cette parole, le christ veut reconnaître des individus à l'écart de la société, comme il reconnaîtra en d'autres circonstances "les voleurs" et "les prostituées".

- Ce message se transmettra au moyen âge par l'intermédiaire de la fête des fous.

On désignait ainsi des fêtes religieuses de caractère burlesque dont les plus connues étaient celles du jour des Sts Innocents et du jour de l'an.

Ces fêtes exploitaient les possibilités d'action et d'expression qu'accorde la déraison.

- Une autre coutume du Moyen Age montre également que le caractère d'Innocence du débile mental était reconnu par tous : lorsqu'une femme perdait son enfant en couche, pour éviter une montée de lait douloureuse on faisait effectuer la tétée par "l'innocent" du village.

— Dans les cours royales de Charles V à Louis XIV on retrouve le fou du roi, ou fou de cour, individu grotesque, affligé d'une tare physique visible, mais spirituel, habillé de vêtements extravagants.

Sous le masque de la bouffonnerie, il avait liberté de dire à tous et même au roi ce que bon lui semblait, y compris les plus sévères vérités.

— Le débile mental fut longtemps valorisé dans les villages et protégé par le fait qu'il occupait une fonction qu'il était seul capable d'animer du fait de son rejet.

Il était considéré comme un être utile, cristallisant sur lui la colère divine, et qui mettait ainsi le village à l'abri.

En 1811, Napoléon voulut faire transplanter les crétiens en dehors des villages de Savoie : sur les hauteurs.

Il s'agissait d'une tentative thérapeutique, car l'étiologie alors admise du crétinisme était la mauvaise qualité de l'air dans le fond des vallées alpines.

Ce projet avorta du fait de l'opposition vigoureuse des villageois, qui ne voulaient pas demeurer sans protection contre la colère de Dieu.

Cette théorie de l'"idiot paratonnerre" est peut être un des facteurs du statut de faveur accordé longtemps et dans de nombreux lieux à l'"idiot du village".

- A partir de la Révolution Française un nouveau type de valorisation va apparaître qui deviendra prévalent.

Pinel va profiter de ce courant d'opinion pour libérer les aliénés de leurs chaînes, mais il ne différenciera pas les états de débilité et de démence.

- C'est Esquirol qui va proposer le terme "d'idiotie" en le définissant comme un état de non développement qui doit être opposé à la démence : véritable retour en arrière.

- Les déficients mentaux, dégagés en tant qu'entité clinique vont bénéficier de diverses tentatives d'éducation et de thérapeutique, proposées dans un climat d'enthousiasme romantique et libéral.

Ils seront d'autant plus "favorisés" qu'on voudra voir en eux un reste de l'enfance, et que depuis Rousseau, le thème de valorisation de l'enfance est dominant dans la société contemporaine.

- A cette époque, Esquirol va définir deux caractéristiques de la débilité mentale, l'origine essentielle du déficit et son irrécupérabilité.

Cette opinion pèsera lourdement sur toutes les conceptions ultérieures. Toutefois quelques hommes vont essayer de passer outre, et tenter une action éducative dans les cas de déficience mentale.

Parmi eux, nous pouvons citer Jean Itard, qui s'occupera d'un "enfant sauvage" et Guggenbuehl qui fondera une maison éducative.

Dans les deux cas, l'issue apparaîtra comme un échec, au regard des ambitions soutenues et cela ne fera que renforcer le concept d'état définitif et non améliorable, énoncé par Esquirol.

. De 1870 à la seconde guerre mondiale les institutions créées pour les débiles mentaux profonds vont évoluer vers le mode asilaire pour une série de raisons (70) :

- . La notion pratiquement admise d'état non améliorable fera donner la prévalence aux soins matériels ;
- . L'explosion démographique va surcharger les institutions créées ;
- . La recherche d'un rendement decapitaux consacrés à ce problème, le sous équipement en personnel tendent encore à augmenter ce traitement "en masse" des débiles mentaux.

Pour les débiles mentaux légers se créent des classes spéciales.

Mais la surcharge de tous ces établissements va entraîner au sein de la société une peur d'invasion de celle-ci par les débiles mentaux, au fil des générations.

. Après la deuxième guerre mondiale, cette "grande peur" va diminuer du fait même des progrès de la connaissance.

La découverte par Foelling de l'oligophrénie phénylpyruvique, et la mise en évidence d'anomalies chromosomiques par Lejeune et Turpen ouvre une voie qui paraissait inaccessible.

La non invasion de la société par les éléments
"sociaux" fait reculer les plus alarmistes.

Les progrès sur le plan pédagogique et thérapeutiques
vont faire rectifier le dogme d'"incurabilité".

II) - CONCEPTIONS ACTUELLES

. Depuis plusieurs années les études menées sur la déficience mentale s'élèvent contre la notion de manque par référence à une "normalité" théorique, conséquence de l'évaluation psychométrique de BINET.

. Chanseau et ses collaborateurs (23) réfutent le double aspect de la définition : celui du degré fixé et non réversible de l'insuffisance mentale et celui d'une étiologie explicative.

En effet, l'étiologie explicative exclue des facteurs essentiels :

- . L'influence structurante de la relation vécue ;
- . L'apport des apprentissages ;
- . La discontinuité du développement et des agencements structuraux.

.. Strauss et Wermeylen (102) se proposent de nuancer cette notion de manque et parlent de vrais et de faux débiles, postulant d'un déficit fixé indépendamment du mouvement de structuration et de personnification.

. Zazzo et ses collaborateurs (113) proposent une classification de la débilité mentale en trois groupes :

- . Débilité d'origine endogène ou débilité "normale" ;
- . Débilité d'origine exogène ou débilité "pathologique" ;
- . Débilité d'origine psycho-affective.

1) Dans le premier groupe cet auteur inclut tous les sujets pour lesquels il présume une variation polygénique non spécifique.

Ce groupe serait la résultante des multiples variations découlant de combinaisons chromosomiques au hasard. Ces sujets ayant un développement physique correspondant à l'âge réel ont une possibilité d'adaptation satisfaisante et peuvent ou non présenter des troubles du comportement.

2) Dans le groupe des débilités exogènes, Zazzo place des sujets présentant soit des mécanismes génétiques spécifiques, soit différents traumatismes importants survenus à tous les stades du développement.

3) Dans le troisième groupe l'auteur regroupe des enfants vivant dans des conditions de carence affective grave qui présentent une régression importante. Nous pouvons rappeler à ce sujet le texte de Saint Exupéry dans "Terre des hommes" "Mozart enfant sera marqué comme les autres par la machine à emboutir.. c'est un peu dans chacun de ces hommes Mozart assassiné".

. Parmi les travaux les plus récents, nous nous sommes particulièrement intéressés à ceux de Misès et de ses collaborateurs de la Fondation Vallée (69).

Cet auteur rappelle le rôle important des mouvements antinosographiques qui refusent toute discrimination classificatoire parmi les déficiences intellectuelles et qui parfois vont jusqu'à assimiler psychose et arriération. Pour ces mouvements "la cause de tout se retrouve dans l'inconscient de la mère" et dans la société, comme l'exprime M. MANNONI (63).

Pour Misès la mise en évidence des facteurs familiaux et sociaux ne permet pas d'éliminer l'organogénèse des débilités mentales.

Pour lui le débile se construit à partir de facteurs biologiques et relationnels qui lui confèrent une originalité à travers une évolutivité variable.

Le déficit n'est plus la conséquence d'une discontinuité mais apparaît comme étant le vecteur d'une morbidité.

L'altération d'ordre organique n'est pas seulement mise en cause en tant que dysfonctionnement, mais elle apparaît comme une perturbation des premières expériences structurantes mère-enfant.

Ainsi les pressions du milieu vont agir sur une encéphalopathie grave qui pourra se stabiliser dans un tableau d'arriération ou de psychose à expression déficitaire.

De même l'arriération ne saurait être limitée seulement au désir de la mère ou à une carence affective précoce.

La dysharmonie retentira sur les facteurs d'intégration et de communication, par un état de dysfonctionnement au niveau neurobiologique.

. Sur le plan clinique, Misès sépare les déficiences transitoires fonctionnelles et les déficiences fixées par la mise en oeuvre de mécanismes importants inclus dans la structure psychopathologique.

. Entre ces deux groupes des formes de passage existent. Toute symptomatologie déficitaire encore réversible est menacée d'une fixation, si les modes de fonctionnement et de relation jouent dans ce sens.

Un grand nombre d'enfants présentent une insuffisance intellectuelle au cours d'une dysharmonie évolutive globale : ceci est reconnu pour les psychoses à expression déficitaire, Misès y inclue également les déficients dysharmoniques.

. Misès délimite donc des formes morbides qui laissent ouverts le pronostic et le glissement d'une forme à l'autre par mutation ou sous l'influence de la thérapeutique.

1- Les déficiences intellectuelles fixées ou peu évolutives

Ces débiles se rapprochent le plus de la description des auteurs classiques. Mais l'étude de chacun d'eux montre que le nivellement global, introduit par des mécanismes massifs, permet toutefois la subsistance de différences dans l'organisation globale du sujet et dans la sphère cognitive.

2- Les psychoses à expression déficitaire

Classiquement la psychose infantile est définie par une rupture de la courbe évolutive et par l'absence d'atteinte organique.

Actuellement cette notion est remise en question et on définit, du fait d'observations cliniques, des encéphalopathies schizophréniques.

De plus des sujets arriérés ou débiles mentaux évoluent à la puberté vers un remaniement de type schizophrénique. Plusieurs interprétations ont été données suivant les auteurs :

- . L'état schizophrénique se grefferait sur un fond de débilité ;
- . La schizophrénie serait l'aboutissement d'une encéphalopathie évolutive qui se serait d'abord exprimée sur un mode déficitaire.
- . Il s'agirait simplement d'une réaction psychogène.

Dans toutes ces classifications on continue à séparer la maladie schizophrénique de l'état d'arriération.

Misès isole donc le concept de psychose à expression déficitaire qui regroupe : les "encephalopathies schizophréniques", les réactions psychotiques chez les arriérés , les "dé-bilités évolutives", les "psychoses greffées",

3- Les déficiences dysharmoniques

Par ce terme Misès décrit un groupe qui se situe entre les deux groupes précédents.

Ces sujets présentent une insuffisance intellectuelle, des troubles relationnels et souvent des déficiences instrumentales.

Chaque symptôme varie avec le sujet et chez un même sujet varie dans le temps.

Le défaut d'efficience évalué par les tests est alors formé de deux composantes :

- . L'une est fixée, inscrite dans la structure psychopathologique, l'autre représente les déficits et les dysharmonies de la sphère instrumentale.

A l'intérieur de ce groupe, on distinguera des variétés à versant psychotique et des variétés à versant névrotique

- . Les formes à versant psychotique vont rejoindre les psychoses à expression déficitaire et dans de nombreux cas, il faudra reconnaître cette dimension psychotique sans pour autant ranger l'individu dans le cadre psychotique pur.
- . Les formes à versant névrotique vont aboutir à la structure déficitaire ; écrasement pulsionnel, colmatage, mais on retrouvera également des noyaux conflictuels névrotiques tels que fixations pré-génitales et conflits oedipiens.

Ces formes tendent souvent à se fondre par glissement avec la débilité mentale typique fixée.

En conclusion cette phrase de Misès nous semble assez bien résumer les conceptions actuelles des déficiences mentales "un enfant même atteint de déficience mentale grave se construit à travers une histoire complexe où la pesée des facteurs neuroliologiques, fut elle majeure ne peut être isolée des facteurs relationnels par où se réalisent des expériences plus ou moins réussies, ceci dans un développement non linéaire marqué d'étapes essentielles". (72).

o

o

o

IIÈME PARTIE : METHODOLOGIE

Avant même de préciser dans quelles conditions nous avons obtenu les dessins, qui sont la base de notre travail, il nous semble nécessaire de décrire la population étudiée.

Une objection importante peut être en effet retenue à ce propos, car cette population n'est pas homogène par rapport à celle des débiles mentaux.

En effet les sujets étudiés présentent des déficits mentaux importants, "fixés" et ils sont en général rejetés par leur milieu d'origine.

Nos dessins ont été effectués par les pensionnaires d'une maison d'accueil spécialisée située dans le département de la Haute Garonne.

Cet établissement fonctionne sur le mode d'un internat, c'est-à-dire que les pensionnaires y demeurent toute l'année, et pendant les périodes de vacances scolaires ils ont la possibilité de retourner dans leur milieu familial, lorsque celui-ci le souhaite et quand il n'est pas trop rejetant.

. La population étudiée est composée de trente débiles mentaux âgés de 17 à 40 ans, de sexe masculin, présentant une déficience mentale (avec des QI inférieurs à 50), associée à des troubles du comportement.

. Au niveau du centre, le recrutement se fait par deux voies :

- . L'individu est adressé au centre par des organismes officiels, du type hopital psychiatrique, institut médico-pédagogique, centre d'aide par le travail etc..
- . Ce mode de recrutement est le plus important puisqu'il représente 88% des pensionnaires du centre ;

• Le reste des débiles mentaux traités dans l'établissement (soit 12%) est amené directement par les familles.

Il s'agit alors en général de foyers à problèmes : parents divorcés, familles nombreuses, conditions financières précaires, ethylisme surajouté des parents (de l'un ou des deux) parents atteints de troubles mentaux ou eux même débiles mentaux.

Ainsi bien que les pensionnaires, le personnel du centre envoient régulièrement des nouvelles aux familles, les réponses sont souvent rares, irrégulières quand elles existent.

Il faut donc noter que la plupart des pensionnaires de l'établissement sont rejetés soit par leur famille, soit par les autres centres de soin qui s'étaient déjà occupés d'eux.

Le but général du travail d'équipe réalisé auprès de ces débiles mentaux a été de tenter de redonner à ces derniers une autonomie et une valorisation par des activités diverses.

Celles-ci peuvent être divisées en deux parties :

1) Les activités réalisées en groupe, sous la direction et la surveillance d'un moniteur, dans des chantiers ou des établissements agricoles de la région.

En effet cette région vivant essentiellement d'agriculture a effectivement besoin d'une main d'oeuvre journalière, qui est de plus en plus difficile à trouver.

Par ce biais, le débile mental a donc été intégré de façon assez modeste certes, à l'activité économique de la région.

Les donateurs d'ouvrages vont régler les travaux effectués à l'établissement, qui redistribue un pécule à ses pensionnaires.

Ce pécule est calculé beaucoup plus en fonction des efforts fournis qu'en fonction du rendement effectif.

2) Les activités réalisées en groupe ou de façon isolée au sein même de l'établissement, et qui sont laissées au choix de l'individu en tant que distractions.

En suivant ses goûts, le sujet peut choisir entre des activités telles que :

Club-terre, photo, dessin, jeux de société, billard, pétanque, poterie, cinéma, philatélie.

Des activités sportives sont également proposées, de type football, natation, vélo, randonnées en montagne.

Toutes ces activités visent un but maturateur pour aboutir à une meilleure autonomie du débile mental, pour envisager sa sortie, soit en milieu familial, soit en milieu professionnel moins protégé.

Nous avons demandé à ces sujets de réaliser des dessins en leur laissant toute latitude pour accepter ou refuser, nous contentant d'énumérer des archetypes, tout en leur signifiant qu'ils n'étaient pas tenus de les respecter, et qu'ils pouvaient ajouter des thèmes s'ils le désiraient.

D'emblée nous avons du noter que 10 sujets n'étaient pas intéressés par la réalisation de dessins. Aucun d'eux n'avait fréquenté la section dessin fonctionnant dans l'établissement.

Neuf d'entre eux n'ont pu exprimer de façon claire la motivation de leur refus.

Mais deux mécanisme peuvent entrer en jeu :

- . Soit une hésitation devant une activité nouvelle avec tout ce qu'elle représente, alors qu'ils ont déjà des activités qui leur apporte des satisfactions jugées suffisantes. Il faut noter cependant, que les sujets refusant, sont ceux qui en général ont le plus de mal à se "lancer" dans tout ce qui est nouveau soit par paresse, soit par inhibition ;
- . Soit qu'ils pensent par manque de goût, qu'ils ne pourront pas s'exprimer par cette méthode.

- Un seul d'entre eux a franchement refusé en déclarant que les dessins serviraient à l'étudier et qu'il s'y opposait.

Nous pouvons donc en conclure qu'au sein de cet établissement un pourcentage important de débiles mentaux peut formuler un choix et s'y tenir et que cette population est donc relativement peu suggestible.

Parmi les 20 personnes qui ont accepté de dessiner, la moitié a réaliser une production très importante. Il s'agissait de ceux qui fréquentaient déjà la section dessin.

Les autres se sont contentés de quelques dessins chacun, puis ont arrêté leur production.

Le matériel fourni pour effectuer les dessins était assez varié : crayons de couleur, crayons mous, peintures.

Nous avons particulièrement insisté sur certains archetypes : une personne qui pouvait être le sujet, la maison, le soleil, la lune, l'arbre, un paysage.

Dans les conditions que nous venons d'énoncer, notre étude ne peut, évidemment pas être statistique, elle ne peut être considérée comme représentative que d'un groupe de débi-les mentaux profonds placés en institution.

Nous avons procédé à une étude analytique des dessins en étudiant successivement :

Le trait, l'utilisation de la feuille, le sens esthétique, la perspective, les couleurs utilisées, l'abstraction, et le choix des thèmes.

Puis nous avons tenté d'étudier de façon synthétique les divers archetypes, les plus fréquemment rencontrés en nous référant de manière très schématique aux travaux de Koch (55), d'Abraham (1), Baila (9), Gutton (47), et Aubin (7).

° °

°

IIIÈME PARTIE : ANALYSE DE LA TECHNIQUE ET DES ARCHETYPES

Dans les dessins ainsi obtenus, nous avons analysé successivement la technique et les archétypes. L'étude analytique de la technique nous a donc permis d'étudier :

- 1 - Le trait
- 2 - L'utilisation de la feuille
- 3 - Le sens esthétique
- 4 - La perspective
- 5 - Les couleurs
- 6 - L'abstraction
- 7 - Le choix des thèmes

A) - ANALYSE DE LA TECHNIQUE

1) Le trait

Dans la majeure partie de nos dessins nous avons retrouvé un trait lourd, élargi, d'autant plus appuyé que le QI du sujet est plus bas.

Chez un même sujet, le trait est souvent moins appuyé s'il est effectué à l'aide d'une règle.

Cette constatation concorde avec la maladresse du débile et ses difficultés d'intégration psychogestuelle.

Le trait épais et repassé peut être aussi traducteur de l'anxiété et du désir de bien faire dans la mesure où les dessins ont été exécutés soit sur la demande, soit en présence de l'éducateur.

Le trait est généralement court ou bien est une succession de traits courts se recoupant, se chevauchant: ceci pouvant être mis sur le compte de la maladresse.

Nous n'avons pratiquement pas retrouvé de ratures ou de gommages dans ces dessins, bien qu'il leur ait été facile de les effectuer.

Par contre, dans quelques cas, lorsque le sujet a changé d'idée en cours d'exécution, ou quand un des éléments a empiété sur l'élément précédent, le débile s'est contenté de dessiner par dessus.

On peut penser que cette absence de gommage relève d'une difficulté d'imaginer une correction à ce qui a été effectué.

De plus le chevauchement d'un élément par un autre peut traduire la difficulté à maintenir un effort soutenu, l'investissement au niveau des activités étant extrêmement ponctuel dans le temps.

Le trait, par ailleurs est d'autant plus épais que le matériel est difficile à manier, les traits les plus fins sont obtenus avec des crayons noirs aiguisés. Les traits à la peinture sont en général lourds, baveux donnant à l'ensemble du dessin, un aspect beaucoup moins fini et plus lourd.

Nous avons remarqué, que lorsque les dessins sont effectués à la peinture, des traits au crayon étaient souvent redessinés pour delimitier les différentes couleurs.

Ceci peut être interprété :

- . Soit dans un souci d'application pour masquer les bavures à l'aide d'un matériel (le crayon) que le débile maîtrise mieux ;

- . Soit comme un mécanisme obsessionnel, ce trait repassé permettant de mieux délimiter l'objet, de mieux le cerner.

Nous n'avons pas noté une prédominance de forme angulaire ou arrondie, en général celles-ci étant fonction du matériel utilisé.

Cependant, avec le crayon qui est le matériel le mieux maîtrisé la fréquence des formes angulaires prédomine, les formes courbes sont rares, ce qui peut être mis en rapport avec le manque de souplesse et d'adaptabilité des sujets et peut être une manifestation d'agressivité. (7)

2) Utilisation de la feuille

En règle générale tous les dessins effectués utilisent la page dans sa totalité.

Ceci peut être interprété soit comme un souci d'efficacité lié au désir de bien faire, soit comme un mécanisme contraphalique pour lutter contre la peur du vide.

En effet, comme le souligne Aubin (7), le vide a un pouvoir dangereux, il représente tout ce qui peut surgir du néant, du fond de soi-même, tout ce qui est incontrôlable.

La psychanalyse et certains de ses membres rattachent les phobies à des fixations libidinales ou regressions partielles. Ainsi la phobie des espaces découverts est reliée à un investissement archaïque des sensations labyrinthiques.

Cette peur du vide au niveau du dessin pourrait peut-être être liée à l'handicap moteur fréquent chez le débile rendant l'apprentissage de la marche difficile, important pour l'entourage et favorisant la régression à ce stade.

Cette peur du vide est mise en évidence par l'intérêt que le débile met à le combler d'où l'importance dans nos dessins des nuages, soleil, lune, étoile, herbe, cailloux, qui peuvent être remplacés par un simple gribouillage.

Dans l'observation n° 25 ce souci de combler peut être rattaché à un phénomène obsessionnel, une véritable compulsion de symétrie. En effet, l'auteur dessine d'une manière constante en haut et en bas des plages de couleur différente et des soleils ou des étoiles symétriques dans chaque angle de la feuille, ces plages sont intitulées suivant la couleur : herbe rouge ou herbe bleue.

Ces phénomènes peuvent être reliés à un processus obsessionnel dans la mesure où l'auteur les dessine d'une manière constante soit avant d'effectuer le dessin, soit après comme de véritables rites.

Certains utilisent la feuille dans le sens vertical, d'autres dans le sens horizontal. Le sens utilisé varie chez un même sujet. Nous n'avons pas constaté à ce niveau de correspondance entre la clinique ou les troubles névrotiques associés.

Dans un cas particulièrement intéressant, Jean Louis, observation n° 6, toute la feuille est utilisée par des dessins qui n'ont pas de lien apparent entre eux, ces dessins donnant alors une impression de morcellement de l'univers, encore souligné par les "poèmes" qui les accompagnent faits de mots sans suite semblant obéir à un code intérieur.

Du point de vue dynamique, le début se fait par le bas de la feuille lorsque le dessin représente un thème unique, il paraît alors "bloqué" par le haut de la page. Ceci entraîne un tassement de la partie supérieure.

Par contre, dans le dessin du bonhomme, celui-ci débute en général par le haut : la tête, c'est la partie inférieure : le corps qui est alors tassé.

En règle générale, les débiles dessinent d'abord la partie principale de l'élément principal du dessin.

Sauf chez ceux qui sont entraînés ou qui ont abordé un début de scolarisation, il est rare que le dessin soit concu au niveau d'une trame avant d'être effectué, en général des éléments viennent s'y rajouter qui n'ont pas été prévus en début de dessin.

3) Le sens esthétique

Nous n'avons pas retrouvé de sens esthétique, dans la mesure où il n'y a pas recherche d'équilibre, ce qui entraîne une dysharmonie de l'ensemble.

A deux exceptions près (observations n° 22-18) qui représentent les pensionnaires dont l'adaptabilité est la meilleure et pour lesquels on envisage une sortie vers un milieu moins protégé.

Les dessins ne mettent jamais en scène un mouvement il s'agit de représentations statiques souvent figées.

4) La perspective

Dans la plupart des dessins effectués, la perspective n'entre jamais en jeu, sauf dans les deux cas cités plus haut. Cette absence de perspective liée à une incapacité de retracer sur une surface plane une notion de profondeur est en relation avec les difficultés de spatialisation des auteurs.

Ceux-ci utilisent parfois une double perspective, avec par exemple :

- . Une tête de face
- . Un corps de profil.

5) Couleur

La couleur n'est en général jamais utilisée avec légèreté. Ceci est d'autant plus net que le matériel est techniquement plus difficile à dominer : peinture.

Au niveau de la peinture, il n'y a pas de recherche de coloris nouveaux par mélange des couleurs de base, bien que nous ayons insisté sur ce point.

Ceci correspond bien souvent à une difficulté d'imagination, à la certitude que le résultat serait moins bon.

Cependant, ce refus obstiné de mélanger les couleurs peut être mis sur le compte de la peur de la saleté, en rapport avec le "dressage excessif" de la propreté que la plupart des sujets ont subi : "dressage" d'autant plus marqué de la part des parents que ces sujets présentaient des difficultés par ailleurs (parole, marche).

Les couleurs les plus fréquemment utilisées sont les couleurs chaudes : le jaune, le rouge, l'orange, le bleu clair, le vert. Les autres couleurs se retrouvent cependant.

Ce qui nous a paru le plus significatif de la population est essentiellement une "explosion des couleurs". En effet il n'existe pratiquement jamais de fondu.

Cette explosion de couleurs est mise par LÜSCHER sur le compte d'un syndrome de tension interne. Il nous a paru intéressant de noter que cette explosion de couleurs est constante chez tous les débiles manifestant des symptômes majeurs d'angoisse.

6) Abstraction

Les rares dessins évoquant un dessin de type abstrait sont en fait liés à une trop grande difficulté de représentation.

En effet, si l'on remontre un dessin de ce type quelques jours après à son auteur, il en donne une explication différente.

Il semble donc que les dessins de ce type n'obéissent pas à un code personnel, et nous pouvons parler de "pseudo abstraction" chez les sujets particulièrement anxieux, où il s'agit d'une explosion de forme et de couleur.

7) Le choix des thèmes

Les thèmes choisis sont en général empruntés à la vie quotidienne, (chantier où ils travaillent, portrait d'un éducateur) ou à des événements marquants : baptême de l'air pour l'un d'entre eux.

Il y a toujours un manque d'imagination qui fait
chercher la source d'inspiration dans le vécu ou le recopiage.

B) - ANALYSE DES ARCHETYPES

1) La maison

La technique de dessin diffère suivant les individus. Pour les QI les plus bas, elle est à rapprocher de celle des enfants : un carré surmonté d'un triangle et un rectangle à côté, dont les proportions respectives varient. (7).

D'un point de vue descriptif, la maison est souvent de grande dimension occupant le centre de la feuille, de forme trappue, sans étage ou à deux étages maximum, en général une seule maison est représentée.

On note une absence totale de perspective.

Dans tous les cas, elles sont de couleur claire : jaune, orange, rose, bleu clair. Nous n'avons pas retrouvé de maison grise ou noire.

Le toit est toujours de couleur plus foncé, et de dimension importante, souvent souligné au crayon noir.

Des fenêtres sont la plupart du temps représentées ; toujours avec des barreaux en croix.

Les portes sont fermées, dans deux cas où les portes sont ouvertes, on a rajouté une croix par dessus pour les fermer.

Quel que soit le QI, les maisons possèdent une cheminée, qui fume le plus souvent, et une antenne de télévision.

Plusieurs débilés dessinent un mur, ou un portail fermé ou un chemin en cul de sac : Dans un cas on note l'accession à la porte par une échelle.

Ainsi donc les maisons représentées sont d'aspect agréable, de couleur gaie, avec un toit important bien souligné.

Il nous paraît intéressant de noter cependant la difficulté d'accès et surtout celle d'en sortir ; donnant une impression de sécurité à l'intérieur, mais aussi de non sécurité en dehors d'elles, d'enclos agréable certes mais fermé.

De plus ces maisons ne sont jamais habitées : un des auteurs dit même qu'il s'agit d'une maison abandonnée ; observation n° 33. S'agit-il d'un moi vide, abandonné et sans espoir d'ouverture vers l'extérieur ? A ce propos deux dessins nous paraissent particulièrement dignes d'intérêt :

Il s'agit de l'observation n° 16 qui représente une maison suspendue dans le ciel, entarée d'oiseaux, semblant se rattacher au sol et au ciel par deux traînées symétriques la fumée et le chemin. Il s'agit d'un débile de 40 ans, ayant présenté des épisodes psychotiques (bouffées délirantes).

La deuxième, observation n° 5, dont l'auteur présente une névrose d'angoisse est dessinée d'une manière à peine perceptible avec un contour à peine plus marqué orange sur un fond orange, représentant une maison anthropomorphe avec deux yeux, un nez, une bouche, sans porte, à côté un "soleil" représente l'auteur. Il s'agit du seul dessin figuratif exécuté par ce débile, ses dessins en général étant constitués de triangles de couleurs différents auxquels il donne diverses interprétations.

Si ces maisons donnent une impression de sécurité, il est intéressant de constater que sur les vingt maisons

représentées, deux ont un aspect plus rébarbatif :

La première, observation n° 33, ressemble a une caserne, que des charges d'explosifs larguées par deux avions, font exploser.

La deuxième, observation n° 19, est représentée avec des yeux aux fenêtres.

2 - Le bateau

Du point de vue technique, le bateau est constitué d'un trapèze inférieur surmonté d'un triangle : il s'agit dans la majeure partie des cas d'un voilier.

Pour les QI les plus bas la technique est donc celle du dessin d'enfant.

Certains sont plus élaborées, l'un d'entre eux : observation n° 19 dessine des caravelles, s'aidant d'une règle.

Le ciel et la mer qui les entoure, comme le bateau lui même sont de couleur claire.

Il n'existe jamais de personnage représenté soit à bord soit à coté.

Ces dessins de bateau sont en général les plus puerils les plus banaux, se rassemblant la plupart du temps,

Ce manque d'intérêt peut être mis sur le compte du fait que les sujets sont en général de la région, ayant peu voyagé.

3) Arbre

D'un point de vue technique les arbres sont fréquemment dessinés soit entourant le dessin de la maison, soit dans celui du paysage ou dans le dessin du personnage.

Dans la plupart des cas, le tronc est massif de couleur foncé, surmonté d'une boule de feuillage vert le plus souvent, évoquant donc d'une façon manifeste un symbole phallique.

Le plus souvent les racines ne sont pas représentées l'arbre étant posé sur le sol ou bordant une route.

Dans les quelques cas où la structure de l'arbre s'éloigne d'un symbole phallique, il s'agit d'arbres au tronc large, aux branches grêles sans feuilles, évoquant un arbre mort.

Un seul des auteurs, observation n° 18, dessine une assez grande variété d'arbres, se servant même des branches pour cadrer le dessin, il s'agit d'un des deux pensionnaires les plus sociables et adaptables.

Deux observations nous paraissent dignes d'intérêt :

La première : observation n° 6 débile posant le problème d'une psychose à expression déficitaire, représente des arbres au tronc massif, raide, n'adhérant pas au sol, sans racine, utilisant une couleur différente pour le tronc et les branches, celles-ci s'insérant sur le dessous du tronc sont formées de petits rectangles juxtaposés avec, au bout, un bourgeon surchargé de noir, de forme arrondie.

Ces arbres ont un aspect morcellé, deshumanisé, formés d'un ensemble de morceaux juxtaposés.

Nous décrirons plus loin les autres éléments du dessin de ce malade.

La deuxième, observation n° 16, débile ayant présenté des bouffées délirantes dont nous avons détaillé plus haut la maison suspendue dans le ciel, représente à côté un arbre essayant de s'accrocher au sol avec des racines massives, en dehors de la terre, un tronc tortueux, des branches très minces, grêles.

4) - Le personnage

Du point de vue technique le dessin du personnage suit les variations du QI.

Les QI les plus bas dessinant des bonhommes tétards.

De même le nombre des détails vestimentaires, ou des accessoires : montre, collier augmente avec le QI.

La notion de différenciation sexuelle semble fonction du QI mais aussi du degré d'inhibition du sujet :

Elle se fait par l'habillement, la longueur des cheveux parfois les vêtements, mais aussi par un détail des organes sexuels.

Les personnages sont en général de couleur violente, rouge, vert, bleu, les visages sont roses ou rouges.

C'est sûrement dans le dessin du personnage que s'exprime le plus clairement les préoccupations relatives aux problèmes sexuels.

Les équivalents phalliques sont fréquents : chapeaux, bâtons, cannes à pêche.

Ainsi par exemple, l'un des pensionnaires, observation n° 19, dessine des hommes barbus, dont le nez est formé d'un double contour ayant un aspect de canon de fusil, plus loin le même auteur se représentera lui même en Zorro muni d'une longue épée.

Un autre, observation n° 25, représente sur un même schéma son père, sa mère et son frère, tous trois en robe (triangle basé vers le bas) avec des organes génitaux mâles qui dépassent.

Observation n° 6, psychotique à expression déficitaire dessine cote à cote un homme et une poule, dont la similitude est frappante: même visage, même composition : véritable puzzle de petits carrés de couleur différente.

De même que dans les dessins d'enfant, les difficultés liées à la masturbation et à la culpabilité qui en résulte se traduisent par des bras repliés en arc de cercle, en anse de cruche de chaque côté du corps, avec des mains cachées, et quand elles sont libres, noircies au crayon (observation n° 31).

Dans l'observation n° 16, le contour du corps est repassé au crayon, sauf les mains qui semblent abandonnées.

L'importance des symboles sexuels masculins même dans les dessins de femme doit aussi être soulignée :

Ainsi François, observation n° 3, représente des femmes armées de batons longs.

5) Le soleil

Sur les vingt sujets qui ont accepté de dessiner, dix seulement dessinent d'une manière constante le soleil dans leur paysage. Nous avons divisé la feuille utilisée en 9 parties de gauche à droite et de haut en bas :

Du point de vue topologique trois d'entre eux placent le soleil en position 1 : haut gauche;

3 le placent en position 3 (haut-droite)

1 en position 2 (haut-milieu)

1 en position 4-5

1 en position 5

1 en position 6-7

Si la couleur du disque et des rayons peut varier (mais toujours dans une gamme de couleurs chaudes surtout jaune, orange, rouge, rose) le contour est toujours repassé au crayon noir.

Cette constatation est en accord avec les faits mis en évidence par M. Bord dans son mémoire "le soleil et l'enfant" (19). En effet les contours noirs sont plus fréquents dans les niveaux intellectuels plus bas, et dans les cas d'immaturité affective plus nette.

On note de même une extrême fréquence des formes circulaires dans 9 cas sur 10, une fréquence relative des formes anthropomorphiques (2 cas sur 10).

Les dimensions sont variables d'un sujet à l'autre du très petit au très grand, le nombre des rayons aussi allant de l'absence jusqu'à 25 rayons, ce qui ne nous a pas permis de conclure.

Par contre l'analyse du cas de 2 frères :

F. AT. observation n° 3

D. AT. observation n° 1

ayant produit chacun une dizaine de dessins paysages où figure le soleil, nous a permis d'arriver aux conclusions suivantes :

1 - Chez le même individu, la topologie est constante (à une exception près pour chaque). Les deux frères placent le soleil en 1 (haut et gauche l'exception étant un soleil en 3 (haut-droite)).

2 - La dimension est constante :

petit pour observation n° 1

moyen pour observation n° 3

la forme aussi : circulaire pour les deux (2 exceptions pour l'observation n° 3)

3 - La longueur des rayons est constante ainsi que leur forme :

longueur moyenne, forme hésitante pour D. AT.

longueur alternée,, forme rigide pour F. AT.

4 - Le nombre des rayons par contre varie :

5-10 pour AT. D.

0 à 15 pour AT.F.

5 - La couleur est relativement identique chez un même individu :

Jaune pour AT. F.

Orange pour AT.D.

Ainsi donc à propos de ces deux frères, sûrement les malades les plus organiques du centre (maladie héréditaire dégénérative). On peut conclure que le dessin du soleil offre des caractéristiques constantes pour chaque individu.

Observation n° 1 : soleil en 1, orange, contour noir, petit circulaire, rayons 5-10 de longueur moyenne, hésitants.

Observation n° 3 : soleil en 1, contour noir, moyen, circulaire, rayons en nombre variable alternés rigides.

P. Moron et M. Bord dans leur travail, soulignent la corrélation qui pourrait exister entre le choix de la position 1 et un père absent, dominé ou confondu avec la mère (dans 40% des cas) et une mère rejetante dans 22% des observations (78).

Il nous parait intéressant de noter que cette corrélation pourrait se vérifier dans ce cas : le père en effet était atteint de paraplegie depuis 11 ans, lorsque son décès est survenu en 64, donnant à ces fils une image de dévalorisation et la mère a toujours eu une attitude rejetante qui a augmenté récemment.

Parmi les dix sujets observés, deux d'entre eux représentent sur le même paysage l'un le soleil et la lune, l'autre deux soleils.

Le premier, observation n° 19, dessine d'une manière systématique sur la trentaine de paysages effectués un soleil à gauche arrondi, une lune ovale à droite.

Ceci semble lié à une difficulté d'identification et de prévalence du père et de la mère.

Le deuxième, observation n°16, représente deux soleils symétriques de part et d'autre d'un oiseau de proie, ces soleils sont volumineux, sans rayons, centrés par un point, évoquant deux seins - que l'on retrouve sous la forme de deux ballons dans un autre dessin.

Au terme de l'analyse de ces dessins deux constatations doivent être soulignées.

1 - Certains traits de technique générale peuvent être dégagés, au niveau de la grossièreté du trait, du choix des couleurs et de l'utilisation naïve qui en est faite.

Ces dessins, en effet ressemblent bien souvent à des dessins d'enfants.

2 - Cependant comparer des dessins de débiles mentaux à des dessins d'enfants serait retomber dans l'abus de la comparaison longtemps établie entre débile et enfant.

De plus il nous paraît important de constater que chaque dessinateur parvient à imprimer à ses dessins un style personnel souvent fait de stéréotypies dans la mise en page ou dans la forme même.

Ainsi lorsque l'observateur a vu et revu ces dessins, il lui est possible, si on lui en présente un nouveau de reconnaître l'auteur.

C'est donc que quelque chose s'exprime de propre au sujet par le dessin et ce quelque chose mérite d'être analysé pour chaque dessinateur.

Nous avons choisi les observations en fonction de l'originalité des dessins. Il est intéressant de mettre en évidence qu'à chacun de ces ensembles de dessins correspond une personnalité différente, et que le dessin exprime souvent des difficultés retrouvées dans l'observation.

Ces observations ont été classées dans un ordre de progression des symptômes cliniques : allant des pensionnaires dont le niveau est le plus bas et qui ne présente aucun trouble névrotique ou psychotique : observation n° 1 et n° 3, à ceux qui présentent actuellement des troubles psychotiques, observation n° 6 et 16, en passant par les malades manifestant une symptomatologie névrotique : observations n° 25, 19 et 5.

IVÈME PARTIE : OBSERVATIONS

AT... François, observation n° 3

AT... Daniel , observation n° 1

François est né en 1956.

Nous ne retrouvons pas d'éléments pathologiques lors de la grossesse ou de l'accouchement ni au niveau du développement neuropsychique de la petite enfance.

Sa mère rapporte que l'enfant était propre à 2 ans, mais que l'acquisition de la parole a été tardive : vers 5 ans.

L'enfant reste dans sa famille avec son frère (dont nous relaterons l'histoire dans l'observation suivante) jusqu'au décès du père en Février 1974.

Le père présente des antécédents lourds, puisqu'il fera jeune une paraplégie qui évoluera ensuite progressivement vers un état grabataire et un décès par troubles respiratoires.

L'examen somatique montre un syndrome cérébelleux avec ataxie, dysmétrie, adiadicocinésie et nystagmus dans les positions horizontales du regard.

L'examen psychiatrique montre une immaturité affective, une emotivité mal contrôlée, aboutissant à des phénomènes de blocage. Il a souvent une attitude agressive envers les autres pensionnaires.

Son frère Daniel est plus jeune de deux ans, si la grossesse s'est déroulée de façon satisfaisante (PN : 2,7kg) à la naissance il était cyanosé et a eu besoin d'une réanimation.

Les premiers pas ont eu lieu à 2 ans 1/2, il n'a dit ses premiers mots que très tardivement.

Au point de vue somatique, il présente une luxation de la hanche droite traitée chirurgicalement et le même syndrome neurologique que son frère, mais plus marqué.

Comme son frère, il n'a effectué que peu d'acquisition, et parle très peu.

Daniel est très attaché à son frère aîné, avec qui il passe la majeure partie de son temps, en effet celui-ci qui possède des possibilités motrices et psychiques mieux adaptées se comporte vis à vis de lui en protecteur.

La technique de dessin est comparable pour les deux frères, bien que celle de François moins gêné sur le plan neurologique soit davantage capable de maîtriser le matériel.

François dessine des personnages ou des maisons occupant toute la feuille, le fond est colorié de manière maladroite dans un souci de perfectionnement.

Les couleurs utilisées sont gaies, violentes constituant un tableau "criard". La maison est claire, massive avec de rares fenêtres situées très haut près du toit, une porte fermée. Elle ne semble pas être vécue comme un refuge.

Les personnages sont représentés de façon géométrique avec une certaine précision (cou-doigts de la main), ils sont toujours statiques, jamais en mouvement. Ils sont différenciés de façon sexuelle par la longueur des cheveux et l'habillement, ils n'ont pas d'accessoire. Les hommes sont souvent représentés avec un chapeau pointu de clown.

Daniel a une technique de dessin encore plus simple, les maisons sont géométriques simples (rectangle-triangle), les fenêtres sont à différents niveaux.

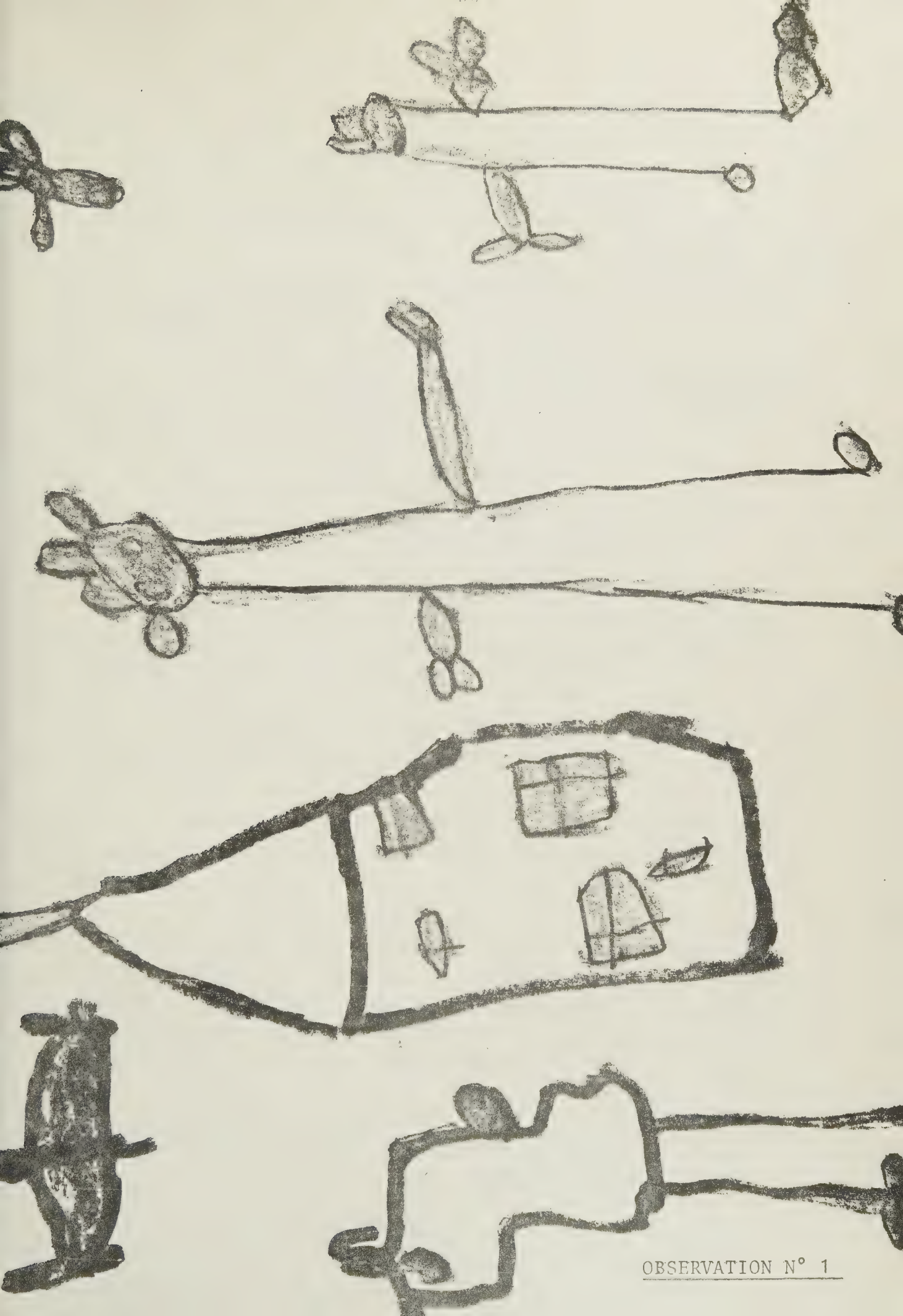
Le personnage est un bonhomme tétard : un rond représente la tête et le tronc, d'où partent deux longstraits formant les membres inférieurs.

Ces deux frères sûrement les plus bas sur le plan mental, et les plus genés sur le plan moteur ont une production graphique très importante, leurs dessins sont souvent baclés, nombreux, rapidement effectués et ils en sont très fiers.

Il nous paraît intéressant de noter que ce sont les seuls pensionnaires qui ne présentent pas de troubles nevrotiques. Peut-être du fait de l'importance de leur déficience mentale liée vraisemblablement à une maladie heredodegénérationnelle, mais aussi parce que ce sont les seuls à avoir reconstitué une cellule familiale qui leur permet d'avoir un refuge et un soutien malgré l'abandon du reste de leur famille.



OBSERVATION N° 3



OR... Joël, observation n° 25.

Joël est né en Juillet 1954,

Ainé d'une fratrie de deux, son frère est étudiant à Toulouse

La grossesse s'est déroulée de façon satisfaisante le poids à la naissance était de 2,9kg, mais il a présenté un ictère néonatal.

Le développement jusqu'à l'âge de 2 ans a été normal pour ce qui est de la marche et de la propreté.

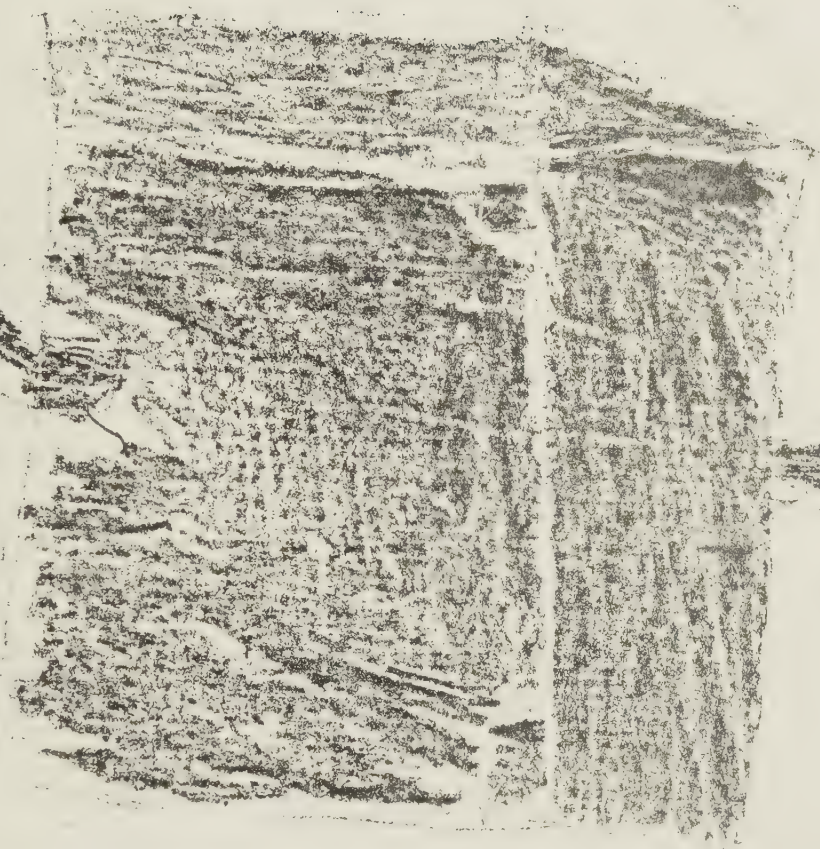
A l'âge de 2 ans, Joël présente un épisode étiqueté "encéphalite" avec convulsions, il en gardera comme séquelles une hypotonie des membres inférieurs et une comitialité actuellement traitée et stabilisée.

La marche se fait avec les genoux fléchis et des difficultés à relever le pied.

Joël est placé à 8 ans dans un IMP, puis à 16 ANS en hôpital psychiatrique avant d'arriver au centre à l'âge de 18 ans.

Au point de vue relation avec sa famille Joël est rejeté, son père est faible, trop tolérant. Ses rapports avec sa mère sont très ambivalents, faisant alterner des phrases de dépendance suivies d'agressivité. Il a un sentiment de jalousie intense, vis à vis de son frère.

L'examen psychiatrique et psychologique montre un gros déficit des fonctions élémentaires et complexes.



OBSERVATION N° 25

Il n'y a pas d'acquisitions scolaires. Il dit avoir 5 ans et ne se définit pas lui même de façon sexuée,

On note un certain degré de viscosité psychique.

Il formule un grand besoin d'effectivité majoré vis à vis des personnes du sexe féminin, avec des scènes d'angoisse et de désespoir si on n'y répond, se comportant alors d'une façon encore plus puerile.

Il présente également des traits phobiques avec peur du vide, des précipices (refus d'aller en montagne) et une peur de l'eau.

Ses dessins se caractérisent par un trait tremblée, épais (glyschroïdie) et une grande maladresse gestuelle.

L'élément qui nous semble le plus important est une ritualisation qui se retrouve dans la vingtaine de dessins effectués : le sujet place en effet en haut et en bas de la feuille : 2 rangées d'herbe qu'il intitule en fonction de la couleur : herbe bleue, herbe rouge etc...

Il met aux quatre coins du dessin : 4 arbres, ou 4 fleurs ou 4 soleils ou 2 soleils et 2 lunes symétriques.

La maison est de couleur lumineuse, rattachée par la fumée noire de la cheminée et le chemin en cul de sac aux plages d'herbes.

La technique de dessin est celle des enfants (carré, triangle, rectangle) avec deux fenêtres symétriques dans les coins supérieurs de la maison.

Dans le dessin de sa famille, il représente trois personnages : le père, la mère, le frère habillés en femme avec des organes sexuels males dépassant des robes, raturés ensuite.

Dans ce dessin il existe donc un sexe unique empruntant un habitus extérieur féminin (robe) avec des organes génitaux males.

Sa technique de dessin est donc révélatrice des éléments psychologiques existant lors de l'examen avec un véritable mécanisme de ritualisation, commençant toujours ses dessins par ces deux plages symétriques.

Son placement précoce, son rejet familial ont favorisé des difficultés d'identification, il se présente lui même comme asexué et ses personnages ont les attributs des deux sexes.

FO... André, observation n° 19

André est né en 1950.

C'est le troisième d'une fratrie de cinq, les deux derniers étant d'une mère différente.

La grossesse et l'accouchement ont été normaux. Les acquisitions jusqu'à l'âge de 15 mois se seraient déroulées de façon satisfaisante.

A 15 mois survient un épisode de bronchopneumopathie morbilleuse sans convulsions, suivi d'une régression psycho affective et l'enfant ne fera plus aucune acquisition jusqu'à l'âge de 6 ans.

Son père est bûcheron, vivant en concubinage après le décès de sa mère par septicémie, survenu quand André avait 8 ans. Il est éthylique, brutal, il a été hospitalisé à l'Hôpital La Grave pour un épisode étiqueté "mélancolie délirante".

La concubine de son père qui est éthylique elle même, aurait maltraité l'enfant et a poussé son père à le placer.

L'enfant est placé en IMP à l'âge de 9 ans et sera transféré au centre lorsqu'il aura 18 ans.

L'examen met en évidence un bégaiement très important et une non acquisition de la lecture et de l'écriture. Il y a un contraste important entre sa pauvreté verbale et une compréhension satisfaisante.

Au point de vue relations, il oscille entre des périodes d'angoisse avec recherche de contact et besoin de sécurité et des périodes d'agressivité vis à vis du centre et des gens qui l'entourent.

Il est attaché à ses frères et soeurs, hostile à sa belle-mère et ne parle plus du tout de son père.

Les dessins effectués par André, pour la plupart avant que nous ayons entrepris ce travail, se caractérisent par des mécanismes contraphobiques très importants.

Toute la page est utilisée, le ciel est rempli de nuages dessinés de la même façon que les cailloux qui occupent le sol, donnant au dessin une symétrie. Des traits aux crayons sont repassés par dessus la couleur.

La maison est de couleur claire, vive toute les ouvertures sont fermées par des barreaux, une maison est représentée avec des yeux au niveau des fenêtres.

Elle évoque plus un bâtiment de vie collective (caserne) qu'une maison individuelle, elle occupe toute la feuille. On y accède par un escalier étroit, parfois même par une échelle. Il y a fréquemment un mur d'enceinte surajouté.

Dans les autres éléments du dessin, nous retrouvons des thèmes sexuels avec des arbres phalliques présents dans tous les dessins.

Le nez du personnage est à double contour, en canon de fusil, les éducateurs sont représentés avec une barbe et des lunettes.

Dans son autoportrait, il se représente en Zorro avec une immense épée.

Ce sujet représente toujours sur ses dessins une lune et un soleil.

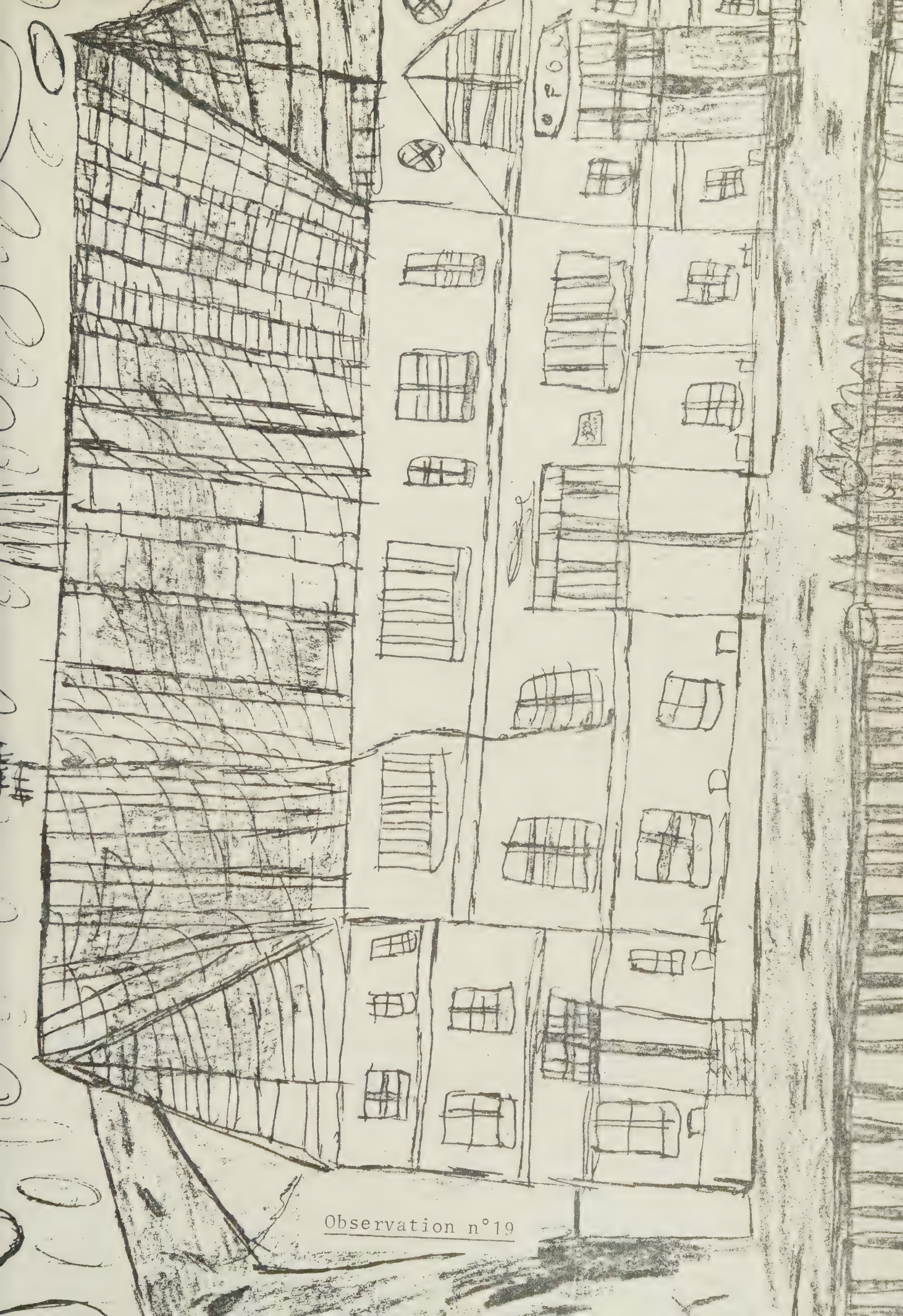
Le soleil étant toujours en haut à gauche (position 1) sans rayons, cerclé de couleur noire, arrondi, de couleur jaune. La lune, ovale, cerclée de noir, jaune en haut à droite (position 3).

La lune symbole de la mère est donc à la place du père idéal, le soleil symbole paternel est à celle de la mère idéale.

Nous rattachons ceci au fait que les relations maturatrices avec son père n'ont pu se faire du fait de l'ethylisme, et de la brutalité de celui-ci.

Le décès de sa mère, l'hostilité et l'incompatibilité entre lui et sa belle-mère alcoolique n'ont pas permis la fixation d'une image maternelle. Il existe sur les dessins une interversion des positions des symboles parentaux montrant la difficulté pour André de les situer.

Il est intéressant de noter que chez ce jeune homme, placé dès l'âge de 9 ans, la maison est représenté sous la forme d'une caserne avenante mais fermée.



Observation n°19

AN... René, observation n° 5

René est né en Mars 1950, à Montaut.

C'est le second d'une fratrie de deux, dans une famille de cultivateurs.

La grossesse et l'accouchement ont été sans problèmes avec un poids à la naissance de 3,7 kg.

Le développement psychomoteur de la petite enfance a été satisfaisant : ses parents signalent qu'il marchait à 1 an, et qu'il prononçait son premier mot à la même époque ; La propreté diurne et nocturne est acquise vers l'âge de deux ans.

René est placé en milieu spécialisé à l'âge de 8 ans, pour des crises d'agitation avec troubles du comportement. Il est classé dans ce centre comme comitial sans que, semble-t-il, la preuve electroencephalographique en soit faite, il n'y a de toute manière aucune étiologie retrouvée à ces éventuelles manifestations épileptiques.

A son arrivée au centre à l'âge de 10 ans, René se présente comme un obèse boulimique, agile cependant et ayant conservé une vivacité dans les mouvements. Il n'a plus aucun contact avec sa famille qui se contente de lui adresser une lettre annuelle.

Son comportement se caractérise par une extrême dépendance vis à vis des éducateurs, il cherche à les imiter. En dehors de cela il paraît assez replié sur lui-même, s'isolant souvent.

Depuis son entrée il y a 4 ans, il n'a pas eu de crises comitiales. Le problème de cette épilepsie reste donc posé.

Mais par contre il présente des crises d'agitation anxieuse, avec instabilité psychomotrice et de véritables crises de hurlements. Ces crises surviennent soit lorsqu'il est contrarié, avec une grande intolérance à la moindre frustration, mais surtout elles se produisent après des phases de masturbation compulsive, ou après des périodes d'activité homosexuelle aigue ou passive qui sont vécues avec une grande culpabilité.

Sur le plan psychiatrique nous notons chez lui une compréhension satisfaisante des ordres simples et complexes mais un véritable "parasitage" par l'angoisse de toute activité psychique ou motrice.

Ses dessins sont caractérisés par une explosion des couleurs que, rappelons-le Lüscher met sur le compte d'un syndrome de tension interne. Toute la feuille est remplie, il n'existe pas le moindre espace vide, les formes sont juste esquissées il n'y a pas de formes arrondies, elles sont délimitées par la différence de couleur.

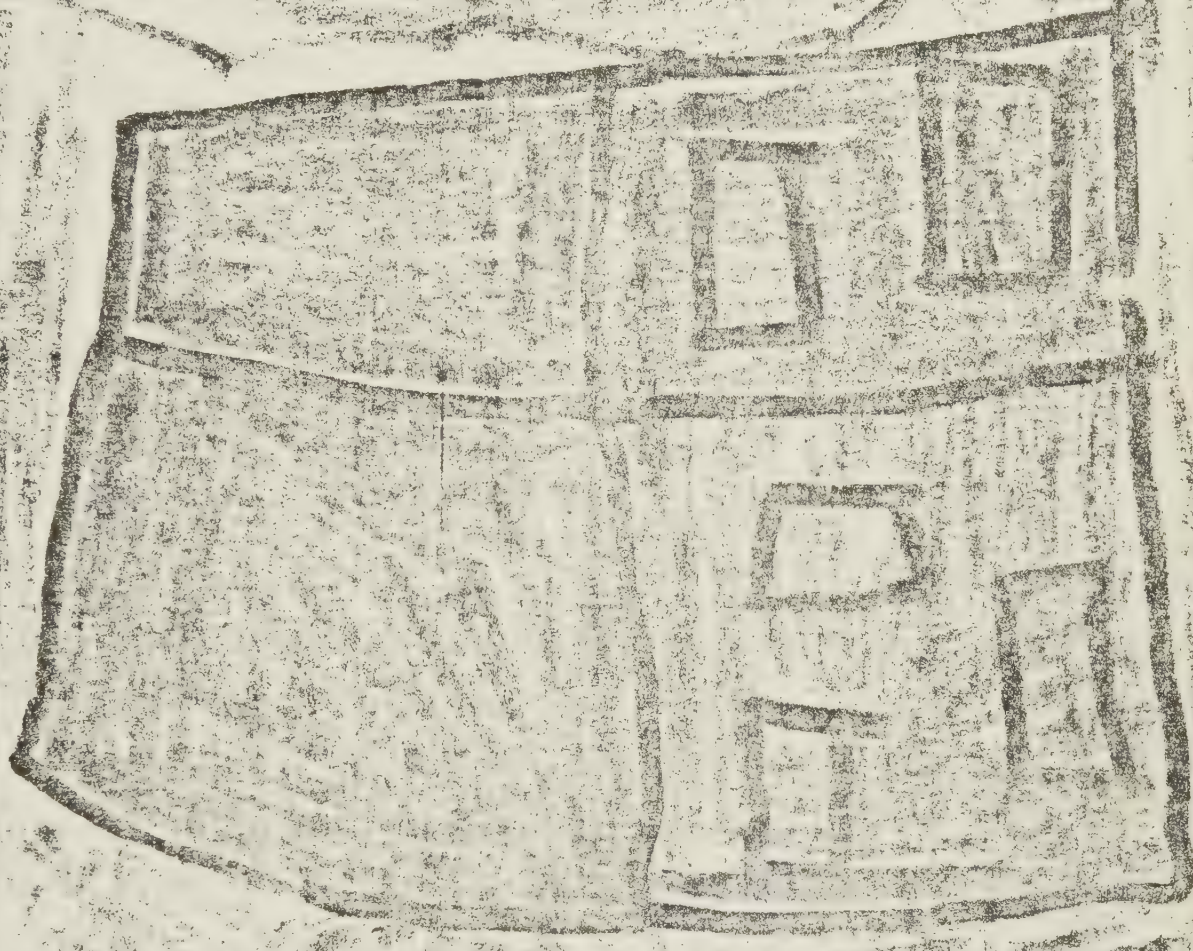
Un trait épais au crayon noir est ensuite redessiné par dessus la couleur, la cernant ou formant l'ébauche d'un visage ou d'une maison, de manière très schématique.

Il s'agit donc du point de vue technique de dessin, d'une juxtaposition de cases colorées, violentes que le sujet décrit de manière précise sur le moment, mais à laquelle il donne plus tard une autre interprétation, c'est à ce propos que nous pouvons parler de "pseudo abstraction".

Ainsi la vie de René est dominée par des carences affectives précoces. Ses parents le placent très tôt à plusieurs centaines de kilomètres de chez eux.

Ses troubles psychiatriques sont ceux d'une véritable névrose d'angoisse. Celle-ci est telle qu'il y a toujours une inhibition, un parasitage intense de la pensée, une gêne à l'activité motrice, au niveau de l'expression graphique.

Depuis quelques mois sous l'effet du traitement et d'un effort entrepris en équipe pour lui offrir une image sécurisante avec des possibilités d'identification, une moindre repression de sa sexualité, il semble évoluer favorablement, s'isolant moins, un de ses derniers dessins représente sur un fond orange une maison avec une ébauche de personnage évoquant un soleil.



DE... Jacques, observation n° 16

Jacques est né en 1928.

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement. Les acquisitions de la petite enfance se sont passées de manière satisfaisante d'après la famille.

A l'âge de 14 ans, des troubles de nature psychotique apparaissent avec délire à thème hypochondriaque, préoccupations xénopathiques, apragmatisme et état de dissociation suivant les observations de l'époque.

Les parents signalent que cet épisode aurait eu lieu dans la convalescence d'une diphtérie.

Par la suite les troubles vont aller en s'aggravant et une lobotomie à visée thérapeutique sera effectuée à l'âge de 21 ans en 1949.

Jusqu'à l'âge de 42 ans, sa vie se déroule entre les hôpitaux psychiatriques et de brefs séjours chez lui, avec un essai de réinsertion sociale, il travaillera quelques mois comme facteur.

A ce moment là, son père étant à la retraite, une tentative est faite pour le remettre en milieu familial.

Il sera très mal toléré par son père, qui a une attitude de rejet et tente de se suicider à cause de la maladie de son fils qu'il dit ne pas pouvoir supporter.

Jacques est alors transféré dans le centre.

L'examen psychiatrique et psychologique au niveau du centre montre une débilité mentale moyenne, compte tenu de son placement assez précoce en hôpital psychiatrique où ses possibilités d'acquisitions ont été limitées.

La technique du dessin est relativement élaborée, avec une bonne maîtrise gestuelle : les traits sont fins, moyennement appuyés, assez réguliers, le geste est ample.

Jacques a réalisé 2 dessins représentant une maison comme élément principal.

- . L'une semble s'ouvrir en deux, par le milieu par le jeu des coloris utilisés, sans porte, sans fenêtre, entourée par deux ballons de couleur rose qui semble vouloir écraser cette maison ;
- . L'autre est de couleur claire, fenêtres et portes fermées suspendue dans le ciel par la fumée de la cheminée et repoussée du sol par un chemin large et rectiligne. Elle est entourée d'oiseaux qui volent, sans insertion dans un monde réel.

Lorsque le sujet dessine un arbre, il le représente avec un tronc de largeur moyenne - des branches grêles simusoïdales les racines émanent du tronc, elles sont très larges, mais ne pénètrent pas la terre.

Si nous étudions la symbolique de cet arbre, en fonction du test de Koch : il évoque schématiquement un contact avec l'extérieur fragile, un besoin d'appui important et un désir de regression.

Tous les éléments du dessin, sont juxtaposés bien qu'il y ait un lien logique dans leur présence.

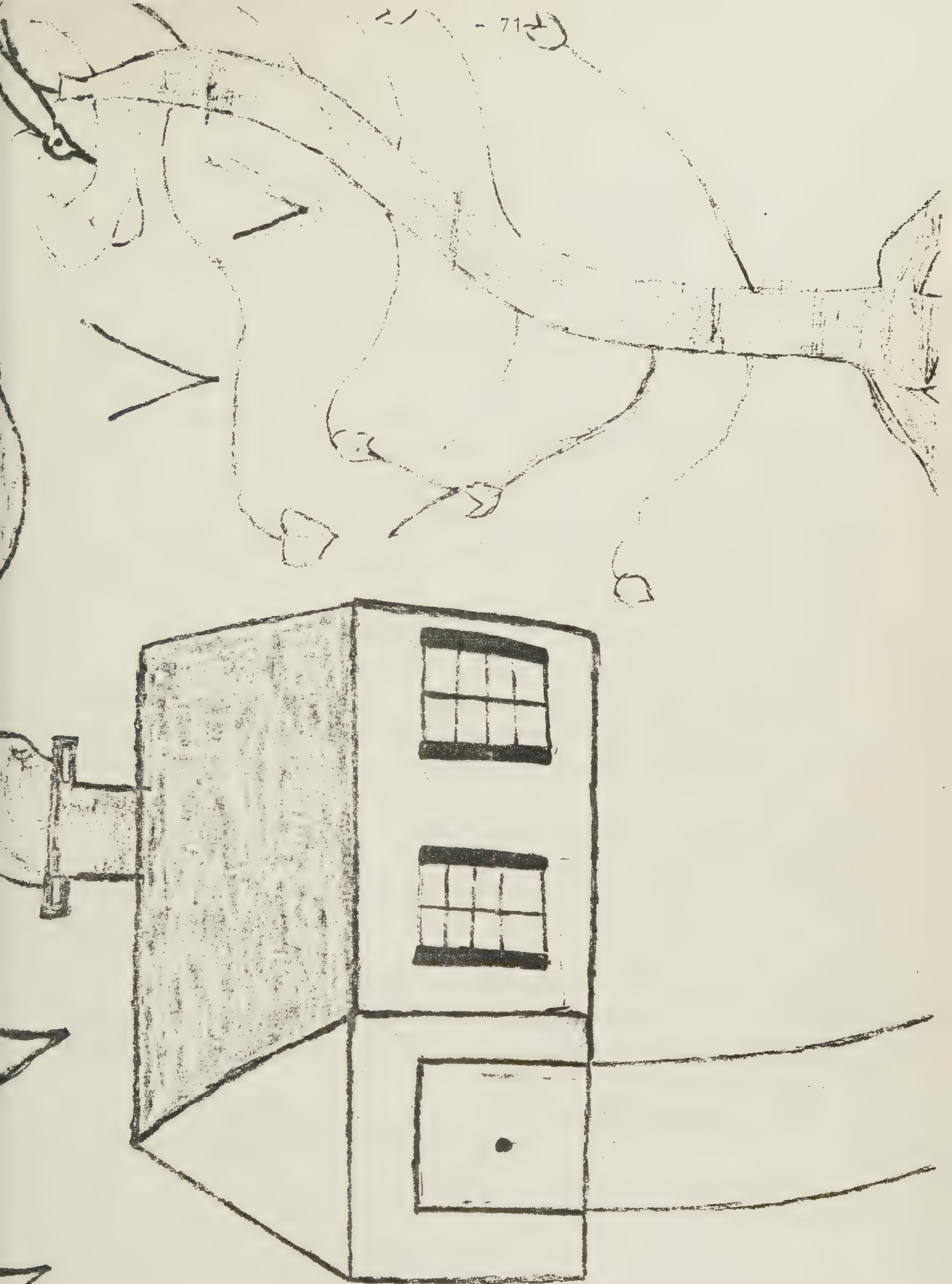
Dans un autre dessin, nous retrouvons les deux ballons roses précédants, centrés par un point, que le sujet décrit comme étant deux soleils et qui évoquent de façon nette deux seins. Il est important de souligner que ces deux soleils ont été rajoutés sur un dessin recopié : Il en donne l'explication suivante : "j'ai fait deux soleils pour qu'il y ait plus de lumière".

Sur une autre feuille il représente deux arbres, encadrant la page et entre les deux un papillon enfermé dans un triangle. Dans ce dessin on ne retrouve pas de trame logique reliant les différents constituants.

L'impression de juxtaposition des différents schémas donne une impression d'irréalité.

Jacques ne parle jamais de sa mère, nous avons peu de renseignements sur elle, il dessine pourtant des soleils en forme de seins, source de chaleur.

Son univers semble deshumanisé, les maisons sont sans ouverture, même le papillon, seul être vivant représenté est enfermé dans un triangle.



AR... Jean Louis, observation n° 6

Jean Louis est né en Août 1952 à Sepx.

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problèmes.

Nous possédons peu de renseignements sur sa petite enfance car le milieu familial est très détérioré.

En effet son père est agriculteur, d'origine espagnole éthylique, brutal et exhibitionniste ayant de nombreuses disputes avec ses voisins.

La mère est éthylique et débile profonde.

Jean-Louis est l'ainé d'une fratrie de trois. Son frère est placé en IMP, sa soeur suit une scolarité normale dans un collège technique. Les enfants ont été retirés de la garde des parents après que le père ait tenté d'abuser de sa fille.

jean-Louis est placé en IMP de 9 ans à 14 ans, il sera ensuite transféré en hôpital psychiatrique : pour troubles du comportement à type de perversion sexuelle et d'attitudes sadiques avec les animaux.

Lors d'une sortie en permission, il mettra le feu à une grange sans qu'on puisse en trouver le motif. Il sera ensuite placé dans le centre où peu à peu son comportement va évoluer.

A son entrée, il est sale, négligé, passant par des périodes d'agressivité et d'angoisse;

Peu après il semble mieux adapté, plutôt passif n'ayant que des activités de routine : vaisselle, balayage.

Il présente quelques réactions caractérielles ; mais surtout depuis un an c'est-à-dire depuis l'âge de 22 ans, l'évolution se fait progressivement vers une fabulation délirante, non structurée et des attitudes obsessionnelles à type de rangements maintes fois répétées de ses objets personnels.

Il est apragmatique, recherchant peu le contact, et évolue vers un état de dissociation.

Tous les dessins effectués par ce malade ont une structure très particulière.

La feuille est entièrement utilisée par une série de dessins n'ayant pas de lien entre eux, donnant une impression de morcellement de l'univers,

La maison est formée d'éléments juxtaposés : certains des éléments constitutifs étant même rejetés au dehors. Nous retrouvons ainsi à côté de la maison la porte d'entrée et la fenêtre.

Les arbres ont un tronc épais rectangulaire sans racines, avec des branches insérées sur la face supérieure de ce rectangle, elles sont formées de petits rectangles juxtaposés avec au sommet une sorte de fleur sombre différente pour chaque branche.

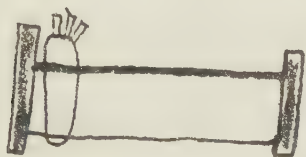
Plusieurs des éléments du dessin, cheminée, fleur, phare sont symbolisés de façon phallique.

Comme l'arbre, le bonhomme représenté est formé d'un accollement d'éléments géométriques, (nous l'avons déjà décrit dans le chapitre concernant le dessin du personnage).

Tous les dessins s'accompagnent d'un texte qui se caractérise par un maniérisme dans la mise en page et une incohérence qui le rend totalement hermétique.

Ainsi donc se malade évolue actuellement vers un état délirant paranoïde. Le manque d'éléments concernant son passé ne permet pas de conclure sur une psychose infantile évoluant sur un mode déficitaire mais le problème de diagnostic reste posé.

je remis ce fameux papier se prend
c'était la flaque de la glace le ravin
la fenêtre fermer la porte la barrière
s'est avec le bulding dans la route
pistons circule le calcaire est dessiner
un fruitier une pantière je en vous dit
pas trop le paysage sans doute se présente
un lit avec le drap et puis une té d'oreiller



Observation n° 6

CONCLUSION

Nous avons donc étudié des dessins de déficients mentaux profonds en considérant que le dessin peut être pour eux un mode d'expression privilégié, puisqu'ils peuvent s'y exprimer librement et s'évader ainsi des influences du milieu où ils vivent.

Nous avons retrouvé dans ces dessins des caractères communs au niveau de la technique, dus comme nous l'avons dit à la maladresse psychogestuelle de ces sujets.

Ce déficit dans la technique représente l'état de manque qui a longtemps défini la débilité mentale.

Mais dès que nous avons laissé de côté cet aspect commun, nous avons constaté que beaucoup de dessinateurs expriment dans leur graphisme leurs préoccupations, leur vécu et leur mode d'être.

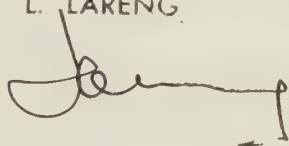
Quelle que soit l'étiologie et la profondeur du déficit, la déficience intellectuelle nous est donc apparue, comme sous tendue par toute une organisation dynamique. Cette population de débiles mentaux considérée comme homogène par la société puisqu'appartenant à un centre spécialisé, s'est avérée très disparate à travers l'observation clinique et le dessin.

Dans le dessin de la maison et du soleil, nous avons pu très schématiquement interpréter la fantasmagorie du déficient par rapport à sa famille et son entourage. En effet, le déficient mental n'a souvent pas trouvé auprès du père, par exemple, l'image symbolique lui permettant l'affrontement de l'oedipe et le dépassement de la castration.

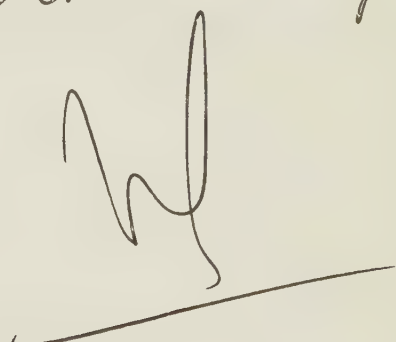
De même cette faiblesse des relations avec autrui caractérise la dynamique pulsionnelle du débile mental pendant son enfance et bien souvent, au cours de sa vie, rien ne viendra combler ce retard.

Dès lors, si ce travail ne nous permet pas de conclure, parce qu'il n'est pas statistique, sur les caractéristiques du dessin du débile, il nous a fait envisager la complexité des éléments psychodynamiques et des symptômes psychotiques ou névrotiques qui s'associent à cette déficience mentale.

Vu et Permis d'Imprimer
Toulouse, le 17 Juin 1975
Le Président de l'Université Paul-Sabatier
L. LARENG



Vu le président du jury



B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ABRAHAM A.
Le dessin d'une personne.
Delachaux - Paris - 1963.
- 2 - AJURIAGUERRA J. DE
Manuel de psychiatrie de l'enfant.
Masson édit. Paris 1970.
- 3 - AJURIAGUERRA J. DE - INHELDER B. - JAEGGI A. - ROTH S.
STIRLING M.
Troubles de l'organisation et désorganisation intellectuelle chez les enfants psychotiques.
La psychiatrie de l'enfant PUF. 1969, XII, 2, 309-412.
- 4 - ALBRECHT E.U.
L'abstraction - Résistance
in : Expansion et Signe 1972, 2, 1, 13-20.
- 5 - ANZIEU D.
Les méthodes projectives
PUF, Paris, 1960.
- 6 - ANZIEU D.
Défense et illustration de la psychologie projective.
Paris.Bul. de Psychologie, 1963, 225, 58-62.
- 7 - AUBIN H.
Le dessin de l'enfant inadapté.
Privat édit. Toulouse, 1970.
- 8 - BACHELARD G.
La poétique de l'espace.
PUF, Paris, 1958.
- 9 - BAILLA G.
Le dessin de la table
Bul. Acc. A Binet, Paris 1953, 419-435.
- 10 - BECHET M.
Les manifestations de la sensibilité dans les dessins d'enfants.
Bul. Soc A. Binet, Paris, 1952, 404, 86-90.

- 11 - BEIRNAERT L.
Le symbolisme ascensionnel dans la liturgie et la mystique chrétiennes.
Zürich Eranos, Jahrbuch, 1951, XIX.
- 12 - BEITZMANN C.
Portée diagnostique de la projection dans une épreuve graphique.
Bull. de psychol. Paris, 1963, 225, 239-246.
- 13 - BENDER C.
Un test visuo-moteur
PUF Paris 1957.
- 14 - BERGÉ A.
Problèmes psychologiques individuels et familiaux posés par la densité familiale.
Sauf. de l'enf. PUF, Paris 1958, 4, 409-423.
- 15 - BERGERON M. - VOLMAT R.
Technique et modalité de la thérapie par l'art à l'hôpital psychiatrique.
Paris. Ann. Med. Psychol, 1952, 2, 701-704.
- 16 - BIEDMA - ALFONSO D'
Le langage du dessin
Delachaux Paris 1955.
- 17 - BOBON J.
Psychopathologie de l'expression
Masson édit. Toulouse 1962.
- 18 - BOISCHOT A.
Le soleil et la terre
PUF, Paris, 1966.
- 19 - BORD M.
Le soleil et l'enfant.
Mémoire CES psychiatrie - Toulouse 1973.
- 20 - CAILLOIS A.
Les jeux et les hommes
Gallimard, Paris, 1958.

- 21 - CASTETS B.
Principes d'une conception structurale de l'arriération mentale.
Ann. Médic. Psycho., 1964, 3, 401-426.
- 22 - CASTETS B.
"L'enfant nounours" (l'enfant comme objet transitionnel. Remarques sur les arriérations mentales secondaires aux psychoses précoces de l'enfant).
Ann. Medic. Psycho, 1966, 5, 649-676.
- 23 - CHANSEAU J.C. - MAUFAUGERAT M.
Approches nouvelles des déficiences intellectuelles sévères de l'enfant.
Information psychiatrique, 1974, 7, 725-737.
- 24 - CHARLIN A. - ROUSSELOT J.P. - MICHAUD F. - METZOUER J.M. - DEUTEUIL P.
Les conditions socio-culturelles du développement d'états psychotiques chez l'enfant arriéré.
in : congrès de psychiatrie et de neurologie Tunis 1972, Masson et Cie éd. 1973, 1, 820-829.
- 25 - CHEVELOT D. - STERN H. - GAYRAL M.L.
Dessins spontanés d'enfants et d'adolescents
Soc. Neuro et Psychiat et S.O. in Ann. Medic. Psychol 1960, 118, 997-998.
- 26 - CORMAN L.
Le gribouillis
PUF, Paris, 1966.
- 27 - DARS E. - BENOIT J.C.
L'expression scénique
Editions sociales françaises, Paris, 1964.
- 28 - DEBIENNE M.C.
Le dessin chez l'enfant.
Paris 1967, Thes. Med. n° 763.
- 29 - DEBILITES MENTALES
Confrontations psychiatriques 1973, 10.
- 30 - DELAY J.
Art psychopathologique et médecine.
Semaine des hôpitaux, 1952, 32, 5-8.

31 - DENNER A.

L'expression plastique
Edit. sociales françaises - Paris 1967.

32 - DIATKINE

L'enfant prepsychotique
Psychiat. de l'enfant, 1969, XII, 413-446.

33 - DIDIER P.

Reflexion sur le problème posé par la descendance
des adultes déficients mentaux.
Lyon 1973, thèse med n° 1101.

34 - DOLTO-MARETTE F.

Introduction au dessin d'enfant.
Vie Med, 1956, 37, 27-28.

35 - DUBLINEAU J. - SORBOUL

Dessin et sens spatial : le goût du dessin chez les
gauchers.
Ann. Med. Psychol 1953, 1, 76-80.

36 - DUCHE

Compte rendu du 1er congrès de l'assemblée internationale
pour l'étude scientifique de l'arriération mentale.
Psychiatrie de l'enfant, PUF, 1968, 2.

37 - FAY H.

L'intelligence et le caractère : leurs anomalies chez
l'enfant
PUF. Paris, 1954.

38 - FERDIERE

Le dessinateur schizophrène.
Evolution psychiatrique, 1961, 215-230.

39 - FINELTAIN L.

Arriération mentale, épistémologie génétique et psychoses.
Perspectives psychiatriques, 1970, 30, 57-62.

40 - FONTÈS

Débilités mentales en tant que séquelles de situations
psychotiques.
Compte rendu du IIème congrès international de arriéra-
tion mentale.
Vienne 1961, Bâle Carger Edit 1963, II, 32.

- 41 - FREUD S.
Introduction à la psychanalyse
Payot - Paris - 1962.
- 42 - FREUD S.
La science des rêves,
PUF - Paris - 1950.
- 43 - GARRONNE G. - GUIGNARD F. - RODRIGUEZ R. - LENOIR J. -
KOB R. - DEGAILLER L.
La débilité mentale chez l'enfant : approche pluri-
dimensionnelle.
La psychiatrie de l'enfant 1969, XII, 107-240.
- 44 - GOODENOUGH F.
L'intelligence d'après le dessin. Le test du bonhomme.
PUF, Paris, 1957.
- 45 - GUENON H.
Les symboles fondamentaux,
Gallimard, Paris, 1962.
- 46 - GRUMBERGER
Considérations sur le clivage entre le narcissisme et
la maturation pulsionnelle.
Rev. Fr. de Psych. PUF, 1962, XXVI, 179-208.
- 47 - GUTTON Ph.
La maison, espace personnel.
Pref de la Seine, Recherches sur les maladies mentales
1964, II, 133 - 148.
- 48 - HELMAN Z.
Mentalité projective et épilepto-sensorialité
Ann. Med. Psychol. 1957, 12, 1, 12.
- 49 - HEUYER G. - LEBOVICI S. - ANGOULVENT N.
Le test de Lovetta Bender
Paris Enfance 1949, 4, 289-305.
- 50 - HEUYER G. - POPOV C. - LELORD G. - TESTARD G. - RAUSCH N. -
SHENTOUB V.
Evolution schizophrénique de certaines arriérations men-
tales.
Revue de Neuropsychiatrie enfant, 1957, 7-8, 383-385.

- 51 - INHELDER B.
Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux.
Delachaux et Niestlé - Paris - 1959.
- 52 - KARDINER A.
The bio analyse of the epileptic reaction.
Psycho an quart 1931, 1, 375-483.
- 53 - KLEIN M.
La psychanalyse des enfants
PUF, Paris, 1959.
- 54 - KLINKHAMMER H. - STEKETEE I.
Psychotherapie par le jeu.
Dessart Paris, 1968.
- 55 - KOCH C.
Le test de l'arbre
Emm. Vitte ed, Paris, 1958.
- 56 - KOHLER C.
L'affectivité du débile mental et ses troubles.
Rev. de neuro psychiat. infant, 1965, 13, 323-325.
- 57 - KOUPERNIK C.
De l'épileptoïdie au syndrome organique.
Rev. de neuro psychiat; infant., 1966, 9, 657-662.
- 58 - LANG J.L.
Psychoses infantiles à expression déficitaire et ar-
riération psychose.
Confrontations psychiatriques, 1969, 3, 119-136.
- 59 - LANG J.L. - SMIRNOFF V.
Emotionnal disturbance in mental retardation.
Journées d'études de la fondation Kennedy. Nashville
Juin 1968.
In social-cultural aspects of mental retardation
Appleton century crofts. New York 1970, 1, 672-691.
- 60 - LEBOVICI S.
Le problème de la psychothérapie chez les débiles men-
taux.
C. Rendu du 10ème stage de Neuropsychiatrie infan-
tile - Paris 1974. Sauvegarde de l'enfance 1955. Bulle-
tin CREA Paris.

- 61 - LE BOVICI S. - SOULE M. - DECOBERT S. - NOEL J.
La connaissance de l'enfant par la psychanalyse
PUF, Paris, 1970.
- 62 - LUQUET G.
L'évolution du dessin enfantin.
Paris, Bul. Soc.A. Binet 1928, n° 241-242.
- 63 - MANNONI M.
"L'enfant" sa maladie et les autres
Ed. du Seuil Paris 1967,
- 64 - MARIE P. - BOUTTIER et BAILEY
La planotopokinesie, étude sur les erreurs d'exécution de certains mouvements dans leurs rapports avec la représentation spatiale.
Rev. Neurol. 1922, 1, 505-512.
- 65 - MERLEAU - PONTY
Le dessin enfantin (cours de psychologie pédagogique "structure et conflits de la connaissance enfantine")
Bul. gr. et psychol. univers. Paris 1950, 8, 12-25.
- 66 - MICHAUD R.
Le soleil
PUF Paris 230.
- 67 - MICHAUX C. - GALLOT - SAULNIER M. - HORINSON S.
Les routes dans les dessins d'enfants instables.
Rev. Neur. Infant 1957, 7-8, 397-408.
- 68 - MINKOWSKA F.
De Van gogh et Seurat aux dessins d'enfants.
A la recherche du monde des femmes.
Guide catalogue illustré exposition au musée pédagogique.
Paris 1949, et rev. Esthétique 1949, 9, 207.
- 69 - MISÈS R.
Pour une approche du débile mental sous l'angle de la personnalité
Pedopsychiatrie 1969, X, 31-41.
- 70 - MISÈS R.
Réévaluations dans l'approche psychopathologique des déficients intellectuels.
Conf. psychiat. 1973, 20, 9-30.

- 71 - MISÈS R. - MISÈS J. - BEAUCHESNES H.
Le demembrement de la démence épileptique chez
l'enfant.
La psychiatrie de l'enfant 1968, PUF, XI, 1, 181-268.
- 72 - MISÈS R. - PERRON - BORELLI M.
Essai d'approche psychopathologique de la déficience
intellectuelle, les déficits dysharmoniques
La psychiatrie de l'enfant 1971, XIV, 2, 341-464.
- 73 - MONOD M.
Utilisation de l'espace dans l'interprétation du test
du village.
1963, Paris - Bul. de Psychol. 225, XVII, 2-7, 208-211.
- 74 - MOOR L.
Etats d'arriération mentale ou oligophrénie.
EMC Psy T2 37270 A10 37 270 A₂₀
- 75 - MORON P. - GERAUD M. - BESOMBES A.M. - LAZORTES A.
Valeur clinique du test de l'arbre.
Ann. Med. Psychol. 1965, 2, 277-278.
- 76 - MORON P. - CARRIE J.
Mouvement figé dans le dessin d'un enfant psychotique.
Réunion société française de psychopathol. de l'ex-
pression.
Toulouse, 4-5Avril 1970.
- 77 - MORON P. et coll : ESCANDE M. - GAYRAL L. - JARRIGE A. -
DANJOUX J.
La création de Dieu : thèmes picturaux d'un paraphrène.
Réunion commune société psychopath. de expression et de
la société de psychiatrie de l'est.
Strasbourg 6-7 Mai 1972.
- 78 - MORON P. - BORD M. - BRUNO Y. - DANJOUX J.
Etude analytique de la représentation du soleil dans
le dessin de l'enfant.
8ème colloque intern. de psychopath. de l'expression
Besançon 21 Septembre 1974.
- 79 - MUCCHIELI T.
La notion de projection.
Paris - Bul Psycho. 1963, 225, XVII, 2-7, 67.
- 80 - NAVILLE P.
Note sur les origines de la fonction graphique.
De la tache au trait.
Paris Enfance, 1950, 3-4, 189-203.

- 81 - NOT L.
L'éducation des débiles mentaux.
Privat éd. Toulouse 1973.
- 82 - OSTERRIETH P.
Le test de copie d'une figure complexe, Contribution
à l'étude de la perception et de la mémoire.
Paris Arch. Psychol. 1944, 119-120, 30, 206-255.
- 83 - PERRON R.
Attitudes et idées face aux déficiences mentales
in R. ZAZZO et équipe HHR : les défibilités mentales.
Chap. I, Armand Colin Paris, 1969.
- 84 - PERRON - BORELLI M.
"Le développement mental : équipement, apprentissages,
et investissement"
Enfance, 1968, 3-4, 263-270.
- 85 - PIAGET J. - INHELDER B.
La représentation de l'espace chez l'enfant.
PUF, Paris, 1948.
- 86 - PIAGET J.
La fonction du symbole chez l'enfant.
Delachaux et Niestlé. Paris, 1959.
- 87 - PICHOT D.
Les tests mentaux -
PUF Paris 1959.
- 88 - POND D. A.
Psychiatric aspects of epileptic and brain damaged
Children.
Brit. Med. 1961, II, 1377-1454.
- 89 - POROT M.
Le dessin de la famille. Exploration par le dessin
de la situation affective de l'enfant dans la famille
Paris. Pédiatrie. 1952, 3, 359-381.
- 90 - PRUD'HOMMEAU M.
Le dessin chez l'enfant.
PUF - Paris 1947.

- 91 - REY A.
Epreuves de dessin témoin du développement mental.
Arch. Psychol. 1946, 124, 369-380.
- 92 - RIEU - TOMKIEWICZ
Arriération mentale profonde. Etude portant sur 200
enfants hospitalisés dans les services cliniques de
l'assistance publique de Paris.
Rev. de Neuropsychiat. infant. 1971, 19, 115-149.
- 93 - RORSCHACH H.
Psychodiagnostic.
PUF, Paris 1962.
- 94 - ROSOLATO G. - WIART C. - VOLMAT R.
Technique d'analyse picturale. Méthode catégorisation
et première étude statistique.
Ann. Med. Psychol. 1900, 118, 27-56.
- 95 - RUTTER M.
The influence of organic and emotional factors on the
origins, nature and outcome of childhood psychosis.
Develop. Med. Child, neurol, 1965, 7, 518-520.
- 96 - SAUGUET H. - JOLIOT D.
Difficultés de relogement de certaines familles nom-
breuses.
Sauv. de l'enf. 1958 - Avril, 424-430.
- 97 - SIVADON P.
Naissance d'un programme.
L'information psychiatrique. 1967.
- 98 - STORA R.
Le test de dessin de l'arbre, principales méthodes.
Bul. Psychol. 1963, 225, 252-266.
- 99 - SULLIGAN E.B. - GAHAGEN L.
On intelligence of epileptic children,
Genet. Psychol. Monogr. 1935, 17, 309-376.
- 100 - TOMAZI J.F.
Les bonhommes sans bras de l'enfant de 6 ans.
L'expansion Ed. Rev. de Neur. Psych. Inf. 1964-6,
396-402.

101 - TOMKIEWICZ

Organisation des soins et de l'éducation des déficients mentaux en Norvège et au Danemark.
Sauvegarde, 1968, 2 et 3, 114-138.

102 - VERMEYLEN G.

Les débiles mentaux.
Labertin, Bruxelles 1929.

103 - VINCHON J.

La magie du dessin.
Desclée de Brouwer, 1959.

104 - VOISON J. - VOISIN R.

Une forme rapide de démence épileptique de l'adolescent, ses rapports avec la démence précoce.
Press. Médic. 1907, 441-446.

105 - VOLMAT R.

L'art psychopathologique.
PUF, 1956, Paris.

106 - WALLON H.

"Preamble : le dessin chez l'enfant".
Enfance - 1950, Paris, 3-4, 1-4.

107 - WALLON H.

La kinesthésie et l'image visuelle du corps propre chez l'enfant.
Bul. Po. de l'Univ. 1964, 7, 23-46.

108 - WALLON M.

La mentalité épileptique.
Jour. Psychol. norm. Path. 1925, 22, 500-515.

109 - WEBER J.P.

La psychologie de l'art.
PUF, Paris, 1958.

110 - WINFIELD D.L.

Intellectual performances of cryptogenic epileptics, symptomatic epileptics and post traumatic encephalopathies.
J. Abnorm. soc. psychol. 1951, 46, 336-343.

111 - ZAZZO R.

Le devenir de l'intelligence (le geste graphique)
PUF, 1946, Paris.

112 - ZAZZO R.

Le geste graphique et la structuration de l'espace.
Enfance, 1950, 3, 189-204.

113 - ZAZZO R.

Les dessins de l'enfant,
Bul Ps. Univers. Paris, 1951, 7, 427-430.

114 - ZAZZO R. et equipe H.H.R.

Les débilités mentales.
Armand colin 1969, Paris.

° °

°

